

18+

Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России

Журнал основан в 1993 г.

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

www.journal-nriph.ru
www.nriph.ru

Зав. редакцией

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

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

Все права защищены.

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

Цена свободная.

Подписка:

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

на электронную версию:
elibrary.ru

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2020. Т. 28. спецвыпуск. 1045—1226.



Издатель:
Акционерное общество
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 24.09.2020.

Подписано в печать 06.11.2020.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.
Печ. л. 22,75. Усл. печ. л. 22,24. Уч.-изд. л. 28,47.

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

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Специальный выпуск

**«Здравоохранение и общественное здоровье: вызовы
и решения в эпоху пандемии COVID-19»**

Том 28

2020

Главные редакторы:

ХРИПУН Алексей Иванович — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

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

Заместители главного редактора:

АКСЕНОВА Елена Ивановна — доктор экономических 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)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

АМОЛОВА Дильбар Субхонова — доктор экономических наук, доцент (Душанбе, Республика Таджикистан)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ПОЛЯНИН Андрей Витальевич — доктор экономических наук, профессор (Орел, 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.nrph.ru

Managing editor

Scheglova T. D.

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

E-mail: ttcheglova@gmail.com

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

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

Subscription to the electronic version of the
journal: www.elibrary.ru

PROBLEMY SOTSIALNOY GIGIENY, ZDRAVOOKHRANENIYA I ISTORII MEDITSINY

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

Special Issue

**"Healthcare and Public Health: Challenges and Solutions in the Era
of the COVID-19 Pandemic"**

Volume 28

2020

Editor-in-Chief:

KHRIPUN A. I. — MD, PhD, DSc, prof.

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

Deputy Editor-in-Chief:

AKSIONOVA Ye. I. — Oec, DSc, 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.

ANANCHENKOVA P. I. — PhD, assistant 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.

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

SHLIAFER S. I. — MD, PhD, DSc, prof.

SON I. M. — MD, PhD, DSc, prof.

ZATRAVKIN S. N. — 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

CONTENTS

<i>Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В., Виноградова К. В.</i> Способы повышения трудовой мотивации работников медицинских организаций	1049	<i>Aleksandrova O. A., Yarasheva A. V., Alikperova N. V., Vinogradova K. V.</i> Instruments for increasing labor motivation of medical organizations employees	
<i>Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П., И Сун Чер, Шамалов Н. А.</i> Осведомленность населения Москвы об инсульте и просветительская политика (результаты социологического исследования)	1056	<i>Bogdan I. V., Gurylina M. V., Chistyakova D. P., I Sun Cher, Shamalov N. A.</i> Moscow population awareness of stroke and educational policy (survey results)	
<i>Бударин С. С., Никонов Е. Л., Эльбек Ю. В.</i> Взаимосвязь мнения врачей и показателей, характеризующих доступность гражданам первичной медико-санитарной помощи в Москве	1062	<i>Budarin S. S., Nikonov E. L., Elbek Yu. V.</i> The relationship between doctors' points of view and indicators that characterize citizens' access to primary health care in Moscow	
<i>Коленникова О. А., Токсанбаева М. С.</i> Оплата труда и установки медицинских специалистов на профессионально-квалификационную и трудовую мобильность	1068	<i>Kolennikova O. A., Toksanbaeva M. S.</i> Wages and attitudes of medical specialists to vocational qualification and labour mobility	
<i>Семенова В. Г., Иванова А. Е., Сабгайда Т. П., Зубко А. В., Евдокушкина Г. Н., Гаврилова Н. С., Запорожченко В. Г.</i> Эволюция потерь трудоспособного населения Москвы от повреждений с неопределенными намерениями в 2000-е годы	1075	<i>Semyonova V. G., Ivanova A. E., Sabgayda T. P., Zubko A. V., Evdokushkina G. N., Gavrilova N. S., Zaporozhchenko V. G.</i> Evolution of loss due to event of undetermined intent among the Moscow working-age population in the 2000s	
<i>Васильев А. О., Сазонова Н. А., Ширяев А. А., Ким Ю. А., Зайцев А. В., Габдуллин А. Ф., Мельников В. Д., Ревазова З. В., Пушкарь Д. Ю.</i> Организация оказания медицинской помощи пожилым пациентам в условиях пандемии COVID-19: обзор существующей практики	1081	<i>Vasilyev A. O., Sazonova N. A., Shiryayev A. A., Kim Yu. A., Zaitsev A. V., Gabdullin A. F., Melnikov V. D., Revazova Z. V., Pushkar D. Yu.</i> Organization of medical care for elderly patients under the conditions of the COVID-19 pandemic	
<i>Ненахова Ю. С., Локосов Е. В.</i> Наставничество в медицине: на пути к институционализации	1087	<i>Nenakhova Y. S., Lokosov E. V.</i> Mentoring in medicine: on the way to institutionalization	
<i>Волкова О. А., Смирнова Е. В.</i> Пути совершенствования организации диспансерного наблюдения в столичном здравоохранении	1094	<i>Volkova O. A., Smirnova E. V.</i> Improvement of organizational approaches to regular medical checkup service in the metropolitan healthcare system	
<i>Морозова Е. В., Бонкало Т. И., Бонкало С. В., Шмелева С. В.</i> Особенности реабилитационной активности больных ведущих инвалидизирующих патологий	1101	<i>Morozova E. V., Bonkalo T. I., Bonkalo S. V., Shmeleva S. V.</i> Features of the manifestation of rehabilitative activity in patients with principal disabling pathologies	
<i>Сабгайда Т. П., Эделева А. Н., Тарасов Н. А.</i> Качество учета причин смерти лиц старше трудоспособного возраста	1108	<i>Sabgayda T. P., Edelva A. N., Tarasov N. A.</i> Quality of accounting of death causes for elderly people	
<i>Голеньков А. В., Шмелева С. В., Бонкало Т. И.</i> Распространенность сонливости в популяции одного из субъектов России	1113	<i>Golenkov A. V., Shmeleva S. V., Bonkalo T. I.</i> The prevalence of sleepiness in the population of one of the regions of Russia	
<i>Толкушин А. Г., Лучинин Е. А., Холовня-Волоскова М. Э., Завьялов А. А.</i> История аминохинолиновых препаратов: от коры хиннового дерева до хлорохина и гидроксихлорохина	1118	<i>Tolkushin A. G., Luchinin E. A., Holovnyia-Voloskova M. E., Zavyalov A. A.</i> History of aminoquinoline preparations: from cinchona bark to chloroquine and hydroxychloroquinon	
<i>Михайлов И. В., Шмелева С. В., Халилов М. А., Бонкало Т. И., Тузов И. Н., Лахтин А. Ю.</i> Модернизация социальной защиты в российской федерации: проблемы и перспективы телемедицины в практике медико-социальной экспертизы	1123	<i>Mikhailov I. V., Shmeleva S. V., Khalilov M. A., Bonkalo T. I., Tuzov I. N., Lakhtin A. Yu.</i> Modernization of social protection in the russian federation: problems and prospects of telemedicine in the practice of medical-social expertise	
<i>Котовская С. В., Бонкало Т. И., Бонкало С. В.</i> Прогностическая модель вероятности возникновения психосоматических нарушений у специалистов экстремального профиля (на примере специалистов по утилизации радиоактивных веществ)	1131	<i>Kotovskaya S. V., Bonkalo T. I.</i> Predictive model of the probable contraction of psychosomatic disorders among the extreme profile specialists, a case study of specialists in utilization of radioactive substances	
<i>Веселов А. В., Белоусова Е. А., Бакулин И. Г., Успенский Ю. П., Древалъ Р. О., Шкурко Т. В., Кашиников В. Н., Фоминных Ю. А., Князев О. В., Романов Р. И., Скалинская М. И., Шипицын В. В.</i> Оценка экономического бремени и текущего состояния организации лекарственного обеспечения пациентов с иммуновоспалительными заболеваниями (на примере язвенного колита и болезни Крона) в Российской Федерации	1137	<i>Veselov A. V., Belousova E. A., Bakulin I. G., Uspenskiy Y. P., Drevall R. O., Shkurko T. V., Kashnikov V. N., Fominykh Y. A., Knyazev O. V., Romanov R. I., Skalinskaja M. I., Shipitsyn V. V.</i> Economic burden and current status of the drug supply management for immune inflammatory diseases (by example of ulcerative colitis and Crohn's disease)	
<i>Камынина Н. Н., Самородов Н. А., Сабанчиева Ж. Х., Шмелева С. В.</i> Организация комплексного подхода в лечении пациентов с отягощенным коморбидным фоном и абсцессом легкого, осложненным рецидивирующими легочными кровотечениями	1146	<i>Kamynina N. N., Samorodov N. A., Sabanchieva J. Kh., Shmeleva S. V.</i> Organization integrated approach in treatment patients with aggravated comorbid background and lung abscess complicated by recurrent pulmonary bleeding	
<i>Корнилова Е. Б., Холовня-Волоскова М. Э., Корнилов М. Н., Завьялов А. А.</i> Оценка экономической эффективности стратегии лекарственного обеспечения больных гепатитом С в городе Москве	1154	<i>Kornilova E. B., Holovnyia-Voloskova M. E., Kornilov M. N., Zavyalov A. A.</i> Assessment of the economic efficiency of the drug supply strategy for patients with hepatitis C in the city of Moscow	
<i>Бурдастова Ю. В.</i> Проблемы развития кадрового потенциала в сфере здравоохранения	1162	<i>Burdastova Yu. V.</i> Problems of human resources development in healthcare	

<i>Холовня-Волоскова М. Э., Толкушин А. Г., Корнилова Е. Б., Завьялов А. А.</i> Сравнительная характеристика видов оценки медицинских технологий	1168	<i>Holovnya-Voloskova M. E., Tolkushin A. G., Kornilova E. B., Zavyalov A. A.</i> Comparative characteristics of types of medical technologies assessment
<i>Аксенова Е. И., Петрова Г. Д., Чернышев Е. В., Юдина Н. Н.</i> Проблемы экспорта медицинских услуг в России	1176	<i>Aksenova E. I., Petrova G. D., Chernyshev E. V., Yudina N. N.</i> Problems of medical services export in Russia
<i>Аксенова Е. И., Петрова Г. Д., Чернышев Е. В., Юдина Н. Н.</i> Рекреационный потенциал медицинского туризма России	1180	<i>Aksenova E. I., Petrov G. D., Chernyshev E. V., Yudina N. N.</i> Recreational potential of medical tourism of Russia
<i>Юдина Н. Н., Чернышев Е. В., Мельгунова М. С., Петрова Г. Д.</i> Оценка экспортного потенциала системы здравоохранения Российской Федерации на примере отдельно взятого региона	1186	<i>Chernyshev E. V., Yudina N. N., Melgunova M.S., Petrova G. D.</i> Evaluation of the export potential of the healthcare system of the Russian Federation on the example of a separate taken region
<i>Тришкин Д. В., Макиев Р. Г., Свиридова Т. Б., Хан Н. В., Камынина Н. Н.</i> Возможности применения современных методов обучения (проектная деятельность) в подготовке организаторов здравоохранения на примере образовательной военно-медицинской организации	1190	<i>Trishkin D. V., Makiev R. G., Sviridova T. B., Khan N. V., Kamynina N. N.</i> Possibilities of application of modern training methods (project activities) in training health care organizers on the example of a military medical educational organization
<i>Полякова О. Б., Бонкало Т. И.</i> Физиологические симптомы нервно-психического напряжения у медицинских работников с профессиональными деформациями	1195	<i>Polyakova O. B., Boncalo T. I.</i> Features of psychosomatization of medical personnel with occupational deformities
<i>Самородов Н. А., Сабанчиева Ж. Х., Шмелева С. В., Камынина Н. Н.</i> Лечебно-диагностический алгоритм с применением современных бронхологических возможностей при лечении больного с нарастающей обструкцией дыхательных путей неизвестной этиологии	1202	<i>Samorodov N. A., Sabanchieva D. H., Shmeleva S. V., Kamynina N. N.</i> Treatment and diagnostic algorithm with the application of modern bronchological possibilities in the treatment of a patient with increasing respiratory obstruction of unknown ethiology
<i>Бонкало Т. И., Полякова О. Б.</i> Эмоциональное истощение как фактор возникновения и развития невротических состояний медицинских работников	1208	<i>Boncalo T. I., Polyakova O. B.</i> Emotional exhaust as a factor of the origin and development of neurotic conditions of medical workers
<i>Камынина Н. Н., Мыльникова Л. А.</i> Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний: аналитическое исследование результатов диспансеризации в городе Москве	1215	<i>Kamynina N. N., Mylnikova L. A.</i> Risk factors of chronic non-infectious diseases: analytical research of dispensanization results in the city of Moscow
<i>Метельская А. В.</i> Проблемы внедрения концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений	1222	<i>Metelskaya A. V.</i> Problems of implementing the concept of «Lean polyclinic» in the practice of functioning of domestic polyclinic institutions

© Коллектив авторов, 2020
УДК 159.9.072

Александрова О. А.^{1,3}, Ярашева А. В.^{1,2}, Аликперова Н. В.^{1,3}, Виноградова К. В.^{1,2}, Аксенова Е. И.¹

СПОСОБЫ ПОВЫШЕНИЯ ТРУДОВОЙ МОТИВАЦИИ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

¹ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;

²Институт социально-экономических проблем народонаселения ФГБУН «Федеральный научно-исследовательский социологический центр» Российской академии наук, 117218, г. Москва;

³ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125993, г. Москва

Грамотная система мотивации медицинского персонала, ориентированная на построение долгосрочных целей, условий развития, поддержку организационного климата, увеличение вовлеченности сотрудников в свою работу, решает большинство проблем, с которыми сталкивается любая медицинская организация. Немаловажными факторами мотивации врачей и среднего медицинского персонала является политика медицинского учреждения, ценности самого руководства, благоприятный психологический климат. Цель данного исследования сфокусирована на выявлении группы мотивационных факторов, стимулирующих медицинских работников к эффективному выполнению своих трудовых обязанностей.

На основе разработанного социологического инструмента — анкеты для массового опроса — собраны и проанализированы данные, касающиеся факторов, влияющих на мотивацию к труду медицинских работников. Выявлены наиболее значимые мотивационные причины, позволяющие оценить самочувствие медицинских работников, а также выявить проблемные точки, затрудняющие качественное выполнение обязанностей. Эти данные легли в основу предложенной авторами методики, позволяющей любой медицинской организации выявить группу системообразующих факторов мотивации к труду, на основании которых у руководства медицинских учреждений появляется возможность оценки мотивации персонала в целях дальнейшего принятия решений в рамках эффективного управления.

Ключевые слова: мотивация; мотивы; мотивационные факторы; медицинские работники; врачи; управление медицинской организацией.

Для цитирования: Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В., Виноградова К. В., Аксенова Е. И. Проблемы исследования мотивации к труду работников медицинских организаций. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1049—1055. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1049-1055>

Для корреспонденции: Ярашева Азиза Викторовна, д-р экон. наук, проф. РАН, ведущий аналитик ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента» ДЗМ; e-mail: baktriana@rambler.ru

Aleksandrova O. A.^{1,3}, Yarasheva A. V.^{1,2}, Alikperova N. V.^{1,3}, Vinogradova K. V.^{1,2}, Aksenova E. I.

INSTRUMENTS FOR INCREASING LABOR MOTIVATION OF MEDICAL ORGANIZATIONS EMPLOYEES

¹State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115088 Moscow, Russian Federation;

²Institute of Social and Economic Studies of Population of Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences, 117218 Moscow, Russian Federation;

³Financial University under the Government of Russian Federation, 125993 Moscow, Russian Federation

The article is devoted to the study of motivation of medical organization employees to work. A competent system of motivation of medical personnel, focused on building long-term goals and development conditions, supporting the organizational climate and increasing the involvement of medical workers in their work, solves most of the problems that any medical organization faces. In addition, the policy of the medical institution, the values of the management itself and a favorable psychological climate are important factors in motivating doctors and nurses. In this regard, the purpose of this study is focused on identifying a group of motivational factors that encourage medical professionals to effectively perform their work duties. On the base of the developed sociological tool — a questionnaire for a mass survey — there were collected and analyzed data on the factors which affect the motivation to work of medical workers. As a result of the conducted research, the most significant motivational triggers were identified, which allow to assess the health of medical workers, as well as to identify problematic points that make it difficult to perform the duties in a high-quality manner. These data formed the basis of the method proposed by the authors, which allows any medical organization to identify a group of system-forming factors of motivation to work, on the basis of which the management of medical institutions has the opportunity to assess the motivation of the personnel for further decision-making in the framework of effective management.

Keywords: motivation; motives; motivational factors; medical workers; doctors; management of a medical organization.

For citation: Aleksandrova O. A., Yarasheva A. V., Alikperova N. V., Vinogradova K. V., Aksenova E. I. Problems of research of motivation to work employees of medical organizations. *Problemi socialnoi gigieni, zdravoookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(Special Issue):1049—1055 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1049-1055>

For correspondence: Yarasheva Aziza Viktorovna, baktriana@rambler.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020

Введение

Медицинский персонал является самым значимым и наиболее ценным элементом внутренних ресурсов учреждений здравоохранения — именно он

обеспечивает результативность их деятельности. Однако это возможно лишь в условиях научно обоснованной системы мотивации труда. Снизить остроту существующих в системе здравоохранения

проблем в определенной степени возможно через активизацию всех факторов мотивации профессиональной деятельности, направленных на повышение производительности труда, и рациональное использование производственных ресурсов.

Актуальность вопроса подтверждается многочисленными исследованиями. Так, проведенное в 2017—2018 гг. исследование мотивации и удовлетворенности профессиональной деятельностью персонала амбулаторных учреждений показало, что у врачей государственных медицинских организаций 1-е место с большим отрывом занимает фактор материального стимулирования, моральные стимулы стоят на 2-м месте, боязнь потерять работу — на 3-м [1]. Изучение установок на повышение профессиональных и управленческих навыков у руководителей учреждений здравоохранения показывает, что здесь мотивом выступает высокая заработная плата при наличии умеренной напряженности труда. При этом молодые мужчины-руководители чаще склоняются к обеспечивающим карьерные продвижения и профессиональный рост рискованным проектам, а более опытные ориентированы на меньшие трудовые усилия и благоприятный климат в коллективе. Среди женщин-руководителей установка на формирование комфортной и бесконфликтной среды в подконтрольной им организации превалирует уже с молодых лет [2, 3].

В источниках мотивации и уровне удовлетворенности трудом руководителей государственных и коммерческих медицинских организаций выявлены принципиальные различия. Для последней категории наиболее важен уровень заработной платы, а руководителей государственных учреждений интересуют перспективы должностного продвижения и психологический климат в коллективе [4]. В исследовании Д. А. Тимофеева и соавт. [5] установлен такой демотивирующий труд медиков фактор, как превышение контроля за работой сотрудника над его автономностью; показано, что привлекательность работы связана с ее способностью удовлетворять потребность в профессиональном росте и развитии, ответственностью за работу знаний и умений, удовлетворенностью контекстом, в котором осуществляется деятельность. Исследование критериев оценки мотивированности сотрудников отдельных структурных подразделений [6] направлено на поиск способов формирования мотивации к повышению эффективности работы медицинского персонала. Критерии, которые могут применяться для расчета стимулирующих надбавок и принятия решений о нематериальном стимулировании, должны быть максимально объективны, а формулы их расчета — обеспечивать релевантность целям, стоящим перед организацией. Кроме того, важно добиться согласия всех членов трудового коллектива с принципами системы мотивации и применяемыми методиками расчета [7]. Особое внимание исследователей привлекает такой демотивирующий фактор, как профессиональное выгорание [8], а также способы его профилактики и преодоления [9].

В то же время подобного рода исследования не касались медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Москвы (ДЗМ), общая ситуация в которых отличается от медицинских организаций иного подчинения: здесь выше уровень заработной платы, лучше оснащенность современным оборудованием и укомплектованность специалистами [10]. Несмотря на это, наблюдается ряд проблем, в связи с чем **целью** данной работы явилась разработка инструмента для оценки и повышения мотивации к труду в медицинских учреждениях, подведомственных ДЗМ.

Материалы и методы

Подтверждение и дополнение данных, характеризующих мотивационные факторы для различных категорий медицинских работников, было найдено в ходе реализации НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ проекта «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения» (2019 г.).

Опрос врачей и медицинских сестер проведен в 6 подведомственных ДЗМ организациях: 3 клинических больницах (1 — детская), 2 городских поликлиниках (1 — детская) и 1 консультативно-диагностической поликлинике. Задачей массового анкетирования ($n = 551$) были выявление значимых факторов материального и нематериального стимулирования, разработка критериев оценки мотивированности персонала. На основе результатов анкетирования разрабатывается методика, позволяющая руководителям медицинских организаций своевременно выявлять и устранять лакуны в системе мотивации сотрудников учреждения.

Результаты

Мотивационные факторы

Согласно результатам опроса степень удовлетворенности размером заработной платы у медицинских работников московских больниц и поликлиник заметно различается: недовольны размером оплаты труда в стационарах почти треть медиков (31,6% врачей и 37,7% медсестер), в поликлиниках — 12,0% врачей и 18,4% медицинских сестер. Такая разница может быть связана с разной оценкой соответствия заработной платы трудовому вкладу (рис. 1) и уровню ответственности, а также с существенным отличием содержания работы специалистов одинакового профиля в разных по типу медицинских учреждениях.

Менее всего диссонанс между трудовым вкладом и оплатой труда ощущают врачи с самым большим стажем (но и в этой группе врачи стационаров чувствуют себя более недооцененными). Тревожный симптом — высокая доля испытывающих дискомфорт от недооцененности своего труда среди вполне опытных специалистов из стационаров (почти 40%), а также молодых врачей (35% и столько же неопределившихся).

В преддверии внедрения в систему здравоохранения «эффективного контракта» акцент делался на

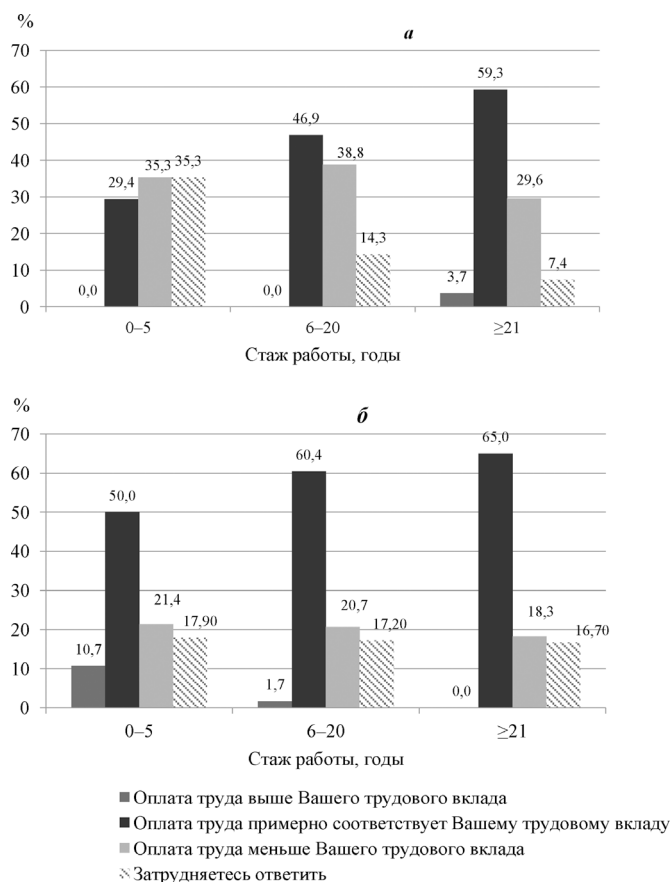


Рис. 1. Распределение ответов врачей стационаров (а) и поликлиник (б) на вопрос «Считаете ли Вы, что оплата труда соответствует Вашему трудовому вкладу?».

дополняющей базовый оклад стимулирующей надбавке. В этой связи нельзя не заметить, что каждый пятый врач стационара не ощущает стимулирующего влияния соответствующих выплат, а большое количество респондентов затруднились с ответом (табл. 1), и чаще других — медицинские сестры из стационаров (28,3%).

Правила определения вознаграждения должны быть понятны каждому сотруднику организации и быть справедливыми с его точки зрения. Судя по результатам опроса (рис. 2), сегодня в определении размера надбавки заметную роль играет субъективный фактор (мнение непосредственного и вышестоящего руководства), а многие медики (в среднем по выборке — почти каждый пятый), особенно медицинские сестры, и вовсе не понимают, от чего это зависит. Отсю-

Таблица 1

Распределение ответов на вопрос «Влияют ли стимулирующие выплаты на качество и результаты Вашей труда?», %

Респонденты	Да	Нет	Затрудняетесь ответить
Больница			
Врачи	67,8	20,0	12,2
Медсестры	56,5	15,2	28,3
Поликлиника			
Врачи	82,7	5,3	12,0
Медсестры	67,5	15,0	17,5

да — тот акцент, который большинство опрошенных медиков делает на первоочередном повышении именно базового оклада: на это указали почти 60% сотрудников стационаров и 65,5% работников поликлиник. Считают, что в первую очередь надо повышать размер стимулирующих выплат, 36% медиков, работающих в больницах, и 25,2% — в поликлиниках.

Играя главную роль, фактор материальной мотивации побуждает московских медиков искать возможности для дополнительного заработка, например, более трети сотрудников стационаров отмечают потребность в дополнительных доходах как определяющую причину совмещения основной работы и вторичной занятости. Чаще других работают по совместительству или имеют другие виды подработок врачи из больниц. Аналогичные тенденции наблюдаются среди медицинских сестер.

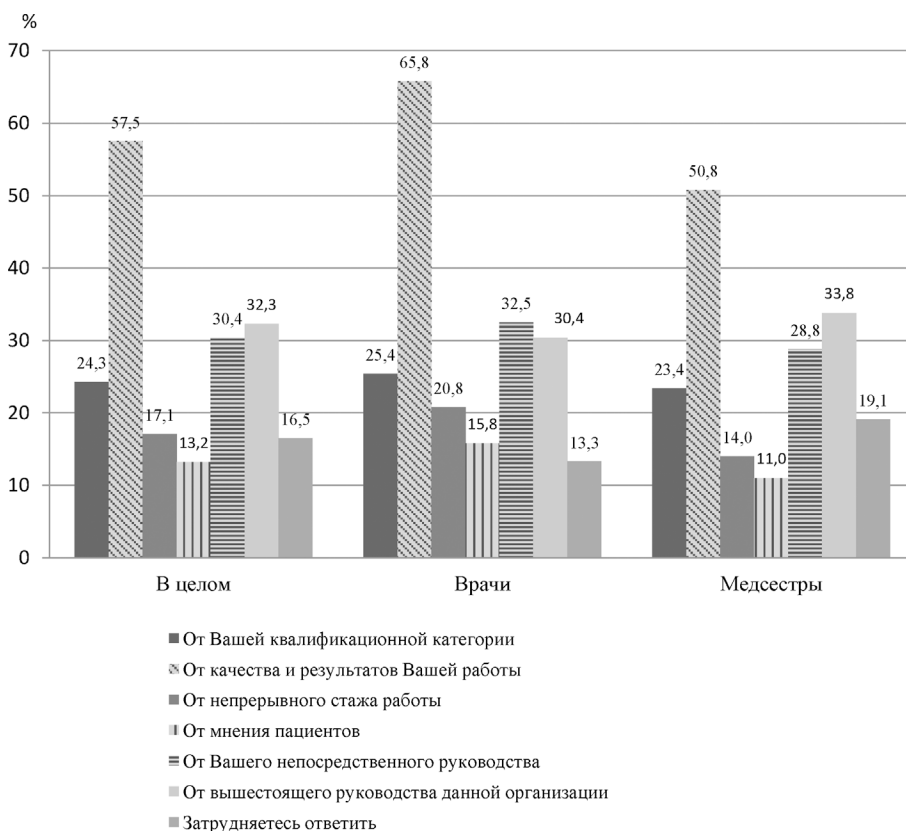


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос «От чего зависит размер стимулирующей надбавки?»

Итого больше 100%, т. к. респонденты отмечали несколько причин.

Т а б л и ц а 2

Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете свою загруженность, интенсивность труда на основной работе?»

Респонденты	Нормально загружены, работаете в меру своих сил	Довольно загружены, очень устаете	Очень загружены, работаете на пределе сил
Больница			
Врачи	24,5	59,5	16,0
Медсестры	36,3	44,2	19,5
Поликлиника			
Врачи	27,0	51,4	21,6
Медсестры	30,0	49,6	20,4

Полученные данные говорят о том, что большинство респондентов как из больниц, так и из поликлиник довольно загружены и очень устают на основной работе, а каждый пятый — и вовсе работает на пределе сил, что может влиять на их мотивацию к качественному выполнению обязанностей. При этом врачи из поликлиник чаще указывают на свою перегруженность, чем врачи из больниц. А вот оценка степени напряженности труда у медицинских сестер из больниц и поликлиник не имеет значительных различий (табл. 2).

Причиной загруженности 50% молодых врачей стационаров назвали огромный объем работы с документацией, 34,6% отметили большое количество медицинской работы. С приобретением опыта к причинам загруженности в стационарах добавляется необходимость выполнять функции недостающего или отсутствующего персонала и помогать более молодым коллегам (отметили 20,5 и 12,5% соответственно), но проблема перегруженности документацией и большим объемом медицинской работы остается преобладающей (37,5 и 26,1%). Респонденты со стажем работы более 21 года прежде всего указали на усталость от чрезмерного количества медицинской документации (38,9%) и «необходимость выполнять функции недостающего или отсутствующего персонала» (27,8%), такую причину, как «большой объем медицинской работы», отметили только 18,5% врачей. Таким образом, причины перегрузок коррелируют с профессиональным опытом и наличием необходимых для работы навыков.

В отличие от больниц, в поликлиниках функции недостающего или отсутствующего персонала в почти одинаковой мере выполняют респонденты с разным стажем работы (эта причина перегрузок отмечена 23,6, 27,4 и 22,5% респондентов в каждой группе соответственно), но больше всего врачи жалуются на большой объем работы с документацией: 38—

39% молодых врачей и врачей со стажем 6—20 лет, 43,1% наиболее опытных врачей. Большой объем чисто медицинской работы отметили 25,5% молодых врачей, 23,6% респондентов со стажем 6—20 лет и 19,6% самых опытных врачей. Относительно немного поликлинических медицинских сестер жалуются на большой объем медицинской работы, а вот на обилие документации указывают более трети респондентов (44,0% — молодых, 37,3% — со стажем 6—20 лет и 32,1% — наиболее опытных), причем с накоплением опыта отягощенность данной работой снижается, но увеличивается необходимость выполнять функции недостающего или отсутствующего персонала. На нагрузку, связанную с помощью коллегам, в каждой из трех групп указали порядка 14—16%.

Помимо повышенной нагрузки на рабочем месте медики отметили в качестве фактора, затрудняющего качественное выполнение ими работы, недостаточность обеспеченности современным оборудованием, препаратами и материалами, особенно часто это делали сотрудники стационаров — 54,0% врачей и 34,1% медицинских сестер (рис. 3).

В отличие от больниц, и врачи, и медицинские сестры в поликлиниках испытывают больший дискомфорт при работе с пациентами (28,2 и 31,0%), а также указывают на завышенные нормы их обслуживания (32,2 и 34,5%) и на дефекты в условиях труда: ненадлежащий температурный режим, слабую освещенность, тесноту и т. д. (28,2 и 23,3%). Для врачей и среднего медицинского персонала в поликлиниках эти три фактора являются основными причинами, затрудняющими качественное выполнение работы.

Полученные результаты были положены в основу разработанной авторами специальной анкеты, базирующейся на сопоставлении значимости для медицинского персонала тех или иных мотивационных факторов и их наличия в конкретной медицинской организации. Собранные с помощью такой анкеты данные позволяют составить мотивационные карты — инструмент, который может быть востребован руководителями медицинских учреждений.

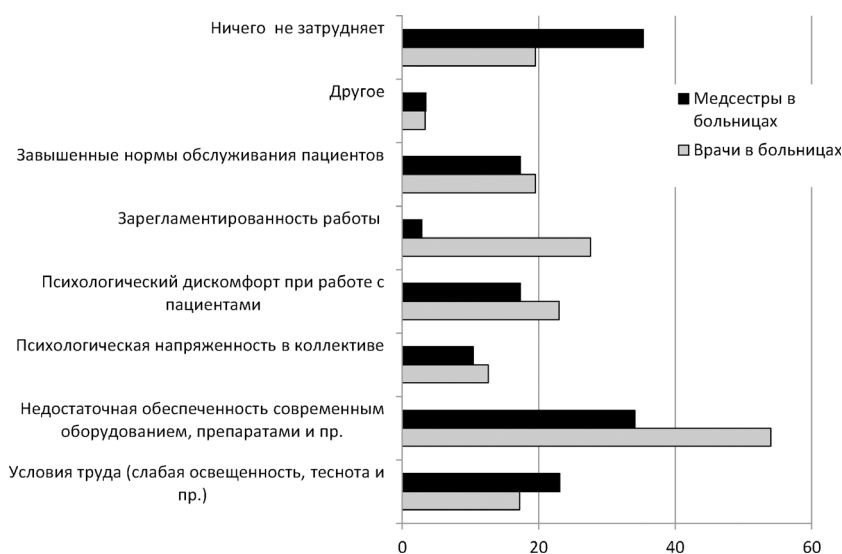


Рис. 3. Распределение ответов сотрудников стационаров на вопрос «Какие стороны работы затрудняют Вам ее качественное выполнение?».

Итого больше 100%, т. к. респонденты отмечали несколько причин.

Построение мотивационных карт

Различия мотивационно-ценностных установок сотрудников весьма велики, и руководитель организации не всегда может удовлетворить имеющиеся потребности. Недостаточно просто выявить мотивы работника или определенной группы работников — важно правильно их оценить, для чего необходимо иметь систему координат, в которой можно фиксировать разную значимость тех или иных мотивов для сотрудников. Немаловажное значение имеет и сопоставление значимых для сотрудников мотивационных факторов с возможностями организации, а также с тем, как сами работники оценивают способность учреждения удовлетворить их потребности. В качестве такой системы координат предлагается мотивационная карта как инструмент для диагностики групповой и индивидуальной мотивации. Определение эффективной для стимулирования работников комбинации мотивов и составление мотивационных карт могут способствовать принятию верных управленческих решений в различных ситуациях.

Периодичность составления карт зависит от поставленных целей, а его алгоритм состоит из следующих шагов:

- 1) обнаружение кадровой проблемы или необходимость проведения плановой оценки удовлетворенности трудом, лояльности медицинского персонала и т. д.;
- 2) определение объекта диагностики (сотрудника или группы сотрудников, объединенных по социально-демографическим, профессиональным или иным признакам);
- 3) проведение опроса сотрудников с использованием предлагаемой анкеты¹;
- 4) обработка данных;
- 5) визуализация (графическое изображение) полученных результатов;
- 6) анализ и интерпретация полученных результатов.

Пример мотивационной карты (рис. 4) показывает возможности выявления проблем, их типологизации и интерпретации в конкретной медицинской организации (в качестве иллюстрации взята группа молодых специалистов). Из мотивационной карты видно, что весьма серьезное значение (серая линия) молодые специалисты придают материальным факторам: оплате труда (8 баллов из 10 возможных) и ответственности зарплаты и трудового вклада (10 баллов), но возможность реализации данных факторов (черная линия) не соответствует их ожиданиям. Можно предположить, что в данной организации размер ба-



Рис. 4. Пример мотивационной карты молодых специалистов.

зового оклада для этой группы невысок, а стимулирующие выплаты для молодых специалистов не предусмотрены; кроме того, респонденты относительно недавно приступили к работе, и адаптация требует дополнительных усилий, отчего и возникает ощущение несоответствия оплаты и вложенного труда. Молодые специалисты также нацелены на построение карьеры (значимость — 9 баллов), но карьерные возможности оценили лишь в 5 баллов.

Система стимулирующих выплат не совсем понятна рассматриваемой группе, ее прозрачность оценивается в 5 баллов, но и особой важности она не имеет (3 балла). Такая ситуация недопустима — каждый сотрудник должен понимать, как формируется зарплата, в противном случае возникает неудовлетворенность и проблемы с закреплением молодых кадров.

Кроме того, для молодых специалистов большую роль играет наличие развитой системы наставничества (9,5 балла) и накопление опыта (8,5 балла), но в данной организации они получили 5 и 6 баллов. Это может привести к тому, что, немного поднабравшись опыта, молодые специалисты начнут искать иное место работы — с более широкими возможностями профессионального развития.

Важность содержания работы и оценка возможности заниматься содержательным трудом в данной организации совпадают, в то же время профессиональные ориентиры и предпочтения у этой группы полностью не сформированы и могут меняться. Отношения в коллективе и условия труда в данной организации молодые специалисты оценили на 7 баллов, но данные факторы не играют большой роли (2 и 4 балла соответственно). Возможно, в силу возраста, респонденты менее прихотливы к условиям труда, а отношения в коллективе для них не так важны, поскольку это поколение больше пользуется интернетом, кроме того, ему нередко свойственен индивидуализм.

Близость к дому и режим работы для респондентов не играют особой роли, что, опять же, связано с

¹ Разработанная авторами анкета представлена в подготовленных к публикации Методических рекомендациях «Оценка мотивации к труду работников медицинских организаций» для Департамента здравоохранения Москвы.

возрастом, относительно хорошим здоровьем и отсутствием семейных забот. Организацию рабочего процесса молодые специалисты оценили на 4 балла, а важность для них этого фактора — в 2 балла, что вновь может быть связано с отсутствием опыта (респонденты не имеют представления о том, как должен быть организован рабочий процесс и какое значение это имеет для сотрудников и организации в целом).

Если говорить о такой ценности, как «стабильность», то здесь наблюдаются несовпадения в степени важности и возможности реализации этой потребности. Так, респонденты оценивают стабильность рабочего места и стабильность оплаты труда в данной организации на 7 и 8 баллов, но для них эти факторы не столь важны — значимость, соответственно, 2 и 6 баллов. Это можно объяснить отсутствием у молодых специалистов серьезных финансовых обязательств, а также свойственной молодежи, еще не укоренившейся в конкретном коллективе, готовности к трудовой мобильности.

Обсуждение

Мотивационная система решает несколько задач:

- 1) способствует росту профессионализма и квалификации сотрудников;
- 2) оптимизирует расходы на персонал;
- 3) усиливает лояльность работников, снижает текучесть кадров;
- 4) нацеливает сотрудников на активное участие в реализации миссии и стратегических задач организации;
- 5) помогает достичь высокой производительности труда;
- 6) привлекает в организацию специалистов с высоким профессиональным уровнем и опытом работы.

В каждом медицинском учреждении необходима периодическая корректировка системы показателей, входящих в предложенную мотивационную карту, например, на основе интервью с сотрудниками. В зависимости от ситуации возможна корректировка вопросов анкеты с учетом социально-демографической специфики группы, подразделения, должностных обязанностей, изменившихся условий и т. д.

Среди потенциальных эффектов от применения мотивационных карт:

- 1) уменьшение текучести кадров в целом или определенных групп работников;
- 2) диагностика и профилактика профессионального выгорания;
- 3) прием на работу работников, соответствующих сложившейся организационной культуре;
- 4) оценка соответствия кандидата при прохождении конкурса на замещение должности;
- 5) быстрая адаптация новых сотрудников, минимизации стрессовых факторов.

Выводы

Трудовая мотивация — важнейшая детерминанта результативности труда, она составляет основу тру-

дового потенциала работника, т. е. всей совокупности свойств, влияющих на эффективность его деятельности. Мотивационный комплекс играет роль пускового механизма, определяющего, какие способности и в какой степени работник будет развивать и использовать в процессе трудовой деятельности, какие инструменты стимулирования можно применить по отношению к работнику или группе работников.

Заключение

Оказание медицинской помощи населению предъявляет повышенные требования к профессиональному уровню и психоэмоциональному состоянию медицинских работников, что указывает на важность их мотивирования к качественному выполнению должностных обязанностей. Учет всего комплекса условий труда медицинского персонала и его мотивация — важная задача руководителя медицинской организации. Ее решению могут способствовать специально разработанные инструменты на основе количественного и качественного методов социологического исследования, предоставляющих возможность увидеть общую картину, отражающую реальные процессы на разных этапах развития медицинских кадров, выявить факторы мотивации к труду различных групп медицинских работников и отдельных медиков, и, как следствие, подобрать адекватные инструменты стимулирования их к оказанию качественной медицинской помощи.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Костикова А. Ю. Мотивация и удовлетворенность профессиональной деятельностью медицинских работников: дис. ... канд. мед. наук. Режим доступа: https://nrph.ru/images/assets/files/disser/2019/kostikova/kostikova_dissertacziya.pdf
2. Davies H., Powell A. Managing doctors, doctors managing. Research report. 2016. Режим доступа: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/doctors-managers-web-final.pdf> (дата обращения 14.04.2020).
3. Александрова О. А., Ярашева А. В., Аксенова Е. И., Алиперова Н. В., Ненахова Ю. С. Управленческие кадры в московском здравоохранении: поиск ответов на актуальные вопросы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(5):522—8.
4. Костикова А. Ю., Черкасов С. Н. Мотивационные установки руководителей государственных медицинских организаций. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2017;(2):54—6.
5. Тимофеев Д. А., Еругина М. В., Кром И. Л., Цвигайло М. А. Управление профессиональной мотивацией персонала медицинской организации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(1):50—3.
6. Алмазов А. А. Критерии оценки мотивации персонала. Создание и развитие ценностей медицинской организации. *Здравоохранение*. 2014;(5):94—101.
7. Алиперова Н. В. К вопросу о мотивации медицинских работников в столичном здравоохранении. *Труды научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента: сборник научных трудов*. М.; 2019. С. 12—5.
8. Худяков А. В., Урсу А. В., Пулялина М. В., Пешкова И. Н. Эмоциональное выгорание и качество жизни медсестер. *Медицинская сестра*. 2016;(3):23—5.
9. Захаров Р. И., Уваров И. А., Иванова Г. Р. Синдром эмоционального выгорания и как с ним бороться. *Медицинская сестра*. 2018;(1):36—8.

10. Ярашева А. В. Государственная кадровая политика в столичном здравоохранении. В кн.: *Новая экономическая политика для России и мира. Сборник научных трудов участников Международной научной конференции. XXVII Кондратьевские чтения / под редакцией В. М. Бондаренко*. 2019. С. 248—60.

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Kostikova A. Yu. Motivation and satisfaction with professional activity of medical workers: PhD thesis [*Motivatsiya i udovletvorennost' deyatel'nost'yu meditsinskikh rabotnikov: dis. ...kand. med. nauk*]. Available at: https://nrph.ru/images/assets/files/disser/2019/kostikova/kostikova_dissertacziya.pdf (in Russian).
2. Davies H., Powell A. Managing doctors, doctors managing. Research report. 2016. Available at: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/doctors-managers-web-final.pdf> (accessed 14.04.2020).
3. Aleksandrova O. A., Yarasheva A. V., Aksenova E. I., Alikperova N. V., Nenakhova Yu. S. Management personnel in Moscow healthcare: search for answers to topical questions. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(S):522—8 (in Russian).
4. Kostikova A. Yu., Cherkasov S. N. Motivational attitudes of heads of state medical organizations. *Obshchestvennoye zdorov'ye i zdravookhraneniye*. 2017;(2):54—6 (in Russian).
5. Timofeyev D. A., Erugina M. V., Krom I. L., Tsvigaylo M. A. Management of professional motivation of medical organization personnel. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(1):50—3 (in Russian).
6. Almazov A. A. Criteria for evaluating staff motivation. Creating and developing the values of a medical organization. *Zdravookhraneniye*. 2014;(5):94—101 (in Russian).
7. Alikperova N. V. On the issue of motivation of medical workers in the capital health care. Proceedings of the research Institute of health organization and medical management. Collection of scientific works [*K voprosu o motivatsii meditsinskikh rabotnikov v stolichnom zdravookhranenii. Trudy nauchno-issledovatel'skogo instituta organizatsii zdravookhraneniya i meditsinskogo menedzhmenta. Sbornik nauchnykh trudov*]. Moscow; 2019. P. 12—5 (in Russian).
8. Khudyakov A. V., Ursu A. V., Pulyalina M. V., Peshkova I. N. Emotional burnout and quality of life of nurses. *Meditsinskaya sestra*. 2016;(3):23—5 (in Russian).
9. Zakharov R. I., Uvarov I. A., Ivanova G. R. Emotional burnout syndrome and how to fight it. *Meditsinskaya sestra*. 2018;(1):36—8 (in Russian).
10. Yarasheva A. V. State personnel policy in the capital health care. In: *New economic policy for Russia and the world. Collection of scientific papers of participants of the International scientific conference. XXVII Kondratiev readings edited by V. M. Bondarenko [Gosudarstvennaya kadrovaya politika v stolichnom zdravookhranenii. V kn.: Novaya ekonomicheskaya politika dlya Rossii i mira. Sbornik nauchnykh trudov uchastnikov Mezhdunarodnoy nauchnoy konferentsii. XXVII Kondrat'yevskie chteniya pod redaktsiyey V. M. Bondarenko]*. 2019. P. 248—60 (in Russian).

Богдан И. В.¹, Гурылина М. В.¹, Чистякова Д. П.¹, И Сун Чер^{1,2}, Шамалов Н. А.³

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ МОСКВЫ ОБ ИНСУЛЬТЕ И ПРОСВЕТИТЕЛЬСКАЯ ПОЛИТИКА (РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

¹ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;

²Федеральный научно-практический центр паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119992, г. Москва;

³ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России, 117997, г. Москва

В профилактике инсультов и борьбе с их последствиями важна не только работа системы здравоохранения, но и самоохранительное поведение населения, которое в значимой мере обусловлено компетентностью в данном вопросе. Основные задачи данного исследования — изучение информированности населения об инсульте и выработка рекомендаций по информационной политике.

В Москве в октябре—декабре 2019 г. проведены 2 опроса, выборка каждого — 800 человек.

Исследование обнаружило рост числа тех, кто считает, что знает признаки инсульта, до 65%. Несмотря на большинство правильных ответов, самооценка респондентов не всегда подтверждалась реальными знаниями, в том числе инсульт путали с ишемической болезнью сердца, инфарктом и эпилепсией. Меньшую компетентность демонстрировали мужчины и люди с начальным/средним образованием, более молодые респонденты. При появлении признаков инсульта 94% респондентов вызовут скорую помощь, 16% начнут самостоятельно оказывать помощь — в основном их описание действий было корректным, хотя встречался ряд заблуждений. Среди основных факторов риска инсульта респонденты называли наличие вредных привычек. Источниками информации для опрошенных чаще являются родственники/знакомые (25%) и интернет (22%). Исследование выявило запрос населения на корректную информацию об инсультах. Желательна большая представленность в информационном поле рецензируемых экспертами материалов.

К л ю ч е в ы е с л о в а : компетентность; опрос; риски; первая помощь; инсульт; заблуждения; группы риска.

Для цитирования: Богдан И. В., Гурылина М. В., Чистякова Д. П., И Сун Чер, Шамалов Н. А. Осведомленность населения Москвы об инсульте и просветительская политика (результаты социологического исследования). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1056—1061. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1056-1061>

Для корреспонденции: Богдан Игнат Викторович, канд. полит. наук, начальник отдела медико-социологических исследований ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», e-mail: bogdaniv@zdrav.mos.ru

Bogdan I. V.¹, Gurylina M. V.¹, Chistyakova D. P.¹, I Sun Cher^{1,2}, Shamalov N. A.³ **MOSCOW POPULATION AWARENESS OF STROKE AND EDUCATIONAL POLICY** **(SURVEY RESULTS)**

¹State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115088 Moscow, Russian Federation;

²Federal Scientific and Practical Center for Palliative Medical Care of the I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), 119992, Moscow, Russian Federation;

³Federal Center of Brain Research and Neurotechnologies» of the Federal Medical Biological Agency, 117997, Moscow, Russian Federation

Prevention of strokes and the fight against their consequences require not only the work of the healthcare system, but also the self-preserving behavior of the population, which is largely motivated by competence in this sphere. The study of public awareness on this issue and the development of recommendations on information policy were the main objectives of the study. In October—December 2019 two surveys were conducted in Moscow, the sample of each was 800 people. The study found an increase between the waves in the number of those who think they know the signs of a stroke (up to 65%). Despite the mainly correct answers, this self-evaluation is not always backed-up by real knowledge: e.g. a stroke was sometimes confused with an ischemic heart disease, a heart attack and epilepsy. Less competency is demonstrated by men and people with primary/secondary education, younger respondents. 94% of the respondents will call an ambulance when they see signs of a stroke, 16% will begin to provide assistance on their own, and in general their actions will be correct, although there are a number of misconceptions. Among the main risk factors of a stroke the respondents consider bad habits. The population receives information about signs of a stroke mainly from relatives/friends (25%) and on the Internet (22%). The study found necessity for the right information about strokes. There is a need for some greater presentation of peer-reviewed information materials in the information field.

К e y w o r d s : competence; survey; risks; first aid; stroke; misconceptions; risk groups.

For citation: Bogdan I. V., Gurylina M. V., Chistyakova D. P., I Sun Cher, Shamalov N. A. Moscow population awareness of stroke and educational policy (survey results). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1056—1061 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1056-1061>

For correspondence: Bogdan I. V., Candidate of Political Sciences, Chief Specialist of Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, 115088, Russian Federation, Sharikopodshp-nikovskaya, 9, E-mail: bogdaniv@zdrav.mos.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Введение

Болезни системы кровообращения, в том числе инсульты, являются основной причиной смертности в Москве¹. Значимая доля смертей происходит из-за несвоевременного обращения за помощью.

Этим заболеваниям отводится важная роль в национальных проектах и созданных для их реализации региональных программах, расширяется комплекс мер, направленных на борьбу с болезнями системы кровообращения, например, совершенствуется работа столичной инсультной сети².

Однако возможности системы здравоохранения крайне ограничены без соответствующей активности населения. Даже самое лучшее оборудование и самые компетентные врачи оказываются малоэффективными, если пациент был доставлен в больницу несвоевременно. Исполнительный комитет Европейской организации инсульта в качестве основных причин задержки при обращении за медицинской помощью отмечает низкую осведомленность населения о симптомах инсульта, отрицание заболевания и его тяжести, а также надежду на то, что симптомы разрешатся сами собой [1]. Таким образом, для борьбы с данными заболеваниями необходим высокий уровень соответствующих компетенций среди населения.

Опыт опросов населения по данной тематике продемонстрировал наличие пробелов в знаниях о факторах риска, симптомах и действиях при обнаружении инсульта. Причем недостаточная осведомленность отмечалась у различных исследуемых групп: населения в целом [2, 3], лиц, имеющих высокий риск возникновения инсульта [4, 5], и даже пациентов, уже перенесших данное заболевание и их родственников [6, 7]. В этой связи в исследованиях уделяется большое внимание источнику знаний об инсульте: отмечается широкая распространенность СМИ и опыта родственников/знакомых как основного источника знаний и редкие случаи упоминаний медицинских работников и специализированной литературы (причем в большей мере пожилыми респондентами) [1, С. 27].

В связи с этим в научной литературе подчеркивается значимость проведения информационных кампаний для населения [3, 8], но лишь единичные научные публикации показывают результаты работы по повышению компетентности населения. Они посвящены опыту проведения образовательных мероприятий на конкретных целевых аудиториях [9, 10].

Ввиду важности задачи просвещения населения по вопросам, связанным с инсультом, было решено изучить компетентность населения города Москвы в данной области, отклик москвичей на проводимые просветительские мероприятия по данной тематике

и предложить возможные направления совершенствования информационной работы.

Материалы и методы

В основе исследования лежат два социологических опроса, проведенных в Москве 10—18 октября и 3—13 декабря 2019 г. Выборка каждого из опросов составила 800 человек. Инструментарий, дизайн исследований и обработка данных в части рассматриваемых в статье вопросов были подготовлены отделом медико-социологических исследований при консультации с организационно-методическим отделом по неврологии ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ».

Опрос проводился на случайно отобранных, ограниченных точках опроса и проходил согласно маршрутному листу по большей части у подъездов домов (местное население отобранного случайным образом района административного округа Москвы). Контроль правильности исполнения интервьюерами инструкций проводился с помощью отметки геолокации. Выборка репрезентирует население Москвы по полу, возрасту (18+) и округу проживания.

Опрос был проведен профессиональными интервьюерами в форме личного опроса с использованием телефона/планшета, каждое интервью прослушивалось контролерами (авторами статьи) на предмет корректности проведения интервью. При подозрениях на фальсификацию дополнительно производился контроль факта проведения опроса и указанных сведений по оставленным контактными данными респондентов.

Значимость различий определяли с помощью z-теста. Различия признавали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Уверенность населения в возможности распознать инсульт и знания о случаях возникновения инсульта в молодом возрасте

Первое, что нас интересовало, — уверенность населения, что они знают признаки инсульта. В декабре 2019 г. 65% опрошенных москвичей отметили, что знают, как распознать инсульт. Была выявлена статистически значимая динамика количества осведомленных — по сравнению с октябрём 2019 г. их число увеличилось на 5% ($p < 0,05$).

Что касается 34% респондентов, считающих, что они не умеют распознавать признаки инсульта, анализ данных выявил, что большее число неосведомленных — среди мужчин, людей с начальным и средним образованием ($p < 0,05$). Средний возраст неумеющих распознавать инсульт — 44 года. Молодые люди (18—30 лет) значимо чаще, чем лица старшего возраста (60+), отмечали отсутствие знаний ($p < 0,05$).

Сталкивались с инсультом в молодом возрасте среди родных и знакомых 11% опрошенных. Еще 70%, хотя и не знают о случаях инсульта до 40 лет среди своего окружения, но имеют представление о том, что инсульты бывают и у молодых людей.

¹ Московский статистический ежегодник 2018. Режим доступа: [https://mosstat.gks.ru/storage/mediabank/Ежегодник_2018\(1\).pdf](https://mosstat.gks.ru/storage/mediabank/Ежегодник_2018(1).pdf) (дата обращения: 02.07.2020).

² Столичная инсультная сеть. Цифры и факты. Режим доступа: <https://niiioz.ru/news/stolichnaya-insultnaya-set-tsifry-i-fakty/> (дата обращения: 02.07.2020).



Внешние признаки инсульта, по мнению респондентов.

В проведении информационной работы о рисках возникновения инсульта в молодом возрасте нуждается, как минимум, пятая часть населения (19%). Большинство из них (16%) признаются, что не знают о том, что инсульты случаются не только с пожилыми людьми, еще 3% затрудняются с выбором варианта ответа (зачастую они поясняют, что вообще не знают, что такое инсульт). В данные группы статистически значимо чаще попадают мужчины и люди с начальным и средним образованием ($p < 0,05$).

Информированность населения о внешних признаках инсульта

Из 65% опрошенных, утверждающих, что они знают, как распознать инсульт, 53% называют в качестве внешнего признака нарушение мимики, 42% — несвязную речь. Слабость в руке или ноге упоминали 34% респондентов (см. рисунок).

Также 36% респондентов отмечали и другие признаки. Помимо отраженных на рисунке симптомов, респондентами упоминались слюноотделение, тошнота, жажда, нарушения терморегуляции, слуха и другие признаки.

Важно подчеркнуть, что при анализе «других» ответов о внешних признаках инсульта были выявлены упоминания симптомов, которые сопутствуют не только инсульту, но и многим другим заболеваниям. В основном ошибки при упоминании признаков относятся к ишемической болезни сердца, инфаркту и эпилепсии.

Источники получения информации о признаках инсульта

Основным источником информации о признаках инсульта для респондентов являются родственники и знакомые (25%), на 2-м месте — интернет (22%). Более достоверные источники информации, такие как информация от медицинских работников или из медицинской литературы (15%), информационные материалы в медицинских организациях (12%), соответствующее образование (9%), назвали меньшее

число респондентов. Также пока невелик реальный охват разовыми акциями на эту тему в рамках городских информационно-просветительских мероприятий (5%).

Большинство респондентов не готовы назвать материалы, на основании которых сформированы их знания о признаках инсульта. Лишь немногие отметили, что знают название таких современных просветительских материалов, как «Мозг 4,5» и «Удар» (последний упоминали несколько чаще), вне зависимости от источника получения данной информации ($p > 0,05$).

Те респонденты, которые получили информацию об инсультах через интернет, социальные сети и мессенджеры, чаще всего встречались с ней через запросы в поисковых системах (Google, Yandex и др.), а также в социальных сетях (в основном Вконтакте, Facebook и Instagram). Также несколько респондентов, знакомых с материалами «Мозг 4,5» и «Удар», указали в качестве источника знаний мессенджер WhatsApp. В целом данный источник чаще отмечали лица старшего возраста (60+) ($p < 0,05$).

Общественный транспорт, остановки и другая наружная реклама — те общественные места, где большее число респондентов могли ознакомиться с буклетами и плакатами об инсульте. Информация о данном заболевании распространяется и через другие каналы, связанные с местом жительства респондентов, их работой, через средства массовой информации, однако данный факт отметили намного меньшее число опрошенных. Упоминания о местах просмотра видеороликов несколько отличаются ввиду необходимости специального оборудования для их распространения. В основном респонденты отмечают, что видели ролики в метро, а также в средствах массовой информации (телевидение и интернет).

Действия населения при обнаружении признаков инсульта

подавляющее большинство опрошенных (94%) справедливо утверждают, что при выявлении сим-

птомов инсульта необходимо вызвать скорую помощь. Встречались также единичные упоминания необходимости действовать быстро, т. к. для спасения человека время ограничено. Еще 16% респондентов готовы начать самостоятельно оказывать помощь: 11% будут оказывать помощь и вызовут специалистов, а 5% не сообщили о необходимости обратиться в скорую помощь. При этом почти половина из тех, кто считает, что важно начать оказывать помощь, склоняются к тому, что необходимо уложить/посадить человека (49%). Мнения насчет других предпринимаемых самостоятельно мер разделились. Среди указанных конкретных активных действий на 1-м месте находится прокол подушечек пальцев, также упоминались предложение дать человеку аспирин или гепарин, нитроглицерин и др.

Факторы риска развития инсульта

Чаще других респондентами упоминаются такие факторы риска развития инсульта, как алкоголь, курение и стрессы (каждый из них указали чуть больше трети респондентов).

Обсуждение

Уверенность населения в возможности распознать инсульт и знания о случаях возникновения инсульта в молодом возрасте

За время наблюдения была обнаружена небольшая, но статистически значимая динамика роста доли респондентов, которые субъективно уверены, что знают признаки инсульта. Рост числа людей, которые считают, что знают, как распознать инсульт, может говорить об эффективности информационной политики, проводимой Департаментом здравоохранения г. Москвы, активный этап которой пришелся на конец 2019 г. В то же время наличие 34% респондентов, не умеющих распознавать признаки инсульта, свидетельствует о необходимости дальнейшего проведения просветительской работы.

В пользу статистически значимого роста свидетельствуют и ответы на вопрос, который остался неизменным для обеих волн опроса, — «был ли у Вас или Ваших знакомых инсульт в молодом возрасте (до 40 лет)?» Статистической разницы между данными исследований за октябрь и декабрь 2019 г. по данному вопросу не выявлено, различия в доли выбравших каждый из вариантов ответа составили не более 2%, что логично и говорит в пользу валидности полученных данных. В отношении этого вопроса необходимо отметить следующее ограничение: несмотря на то что 81% респондентов согласились с тезисом о том, что инсульты бывают в возрасте до 40 лет (в том числе 11% сталкивались с ним на своем опыте), указанный ответ о том, что им «известна» данная информация, можно отнести к социально одобряемому, поэтому полученные данные не могут достоверно свидетельствовать о распространенности такой информации среди москвичей. Очевидна необходимость дополнительных исследований по данному вопросу.

Стоит отметить, что мужчины и люди с начальным и средним образованием оценивают себя как менее компетентных и по вопросу распознавания инсульта, и по вопросу возникновения инсульта в возрасте до 40 лет. Этот факт указывает на важность работы с данной группой.

Информированность населения о внешних признаках инсульта

Основные ответы тех, кто знает, как распознать инсульт (нарушение мимики, несвязная речь, слабость в руке или ноге), соответствуют просветительской политике, проводимой Департаментом здравоохранения г. Москвы.

Важно, что часть перечисленных населением симптомов — это реальные возможные признаки инсульта, но их нельзя определить однозначно по внешнему виду (головная боль, тошнота и т. д.). С другой стороны, информация о субъективном состоянии человека во многих случаях может быть получена на основе его жалоб, особенно если это родственник/знакомый.

Также были указаны ошибочные представления о признаках инсульта, которые свидетельствуют о том, что население в ряде случаев путает инсульт с ишемической болезнью сердца, инфарктом и эпилепсией. Полученные данные соотносятся и с другими исследованиями информированности населения. Например, опрос жителей Красноярска в 2016 г. показал, что 45,84% респондентов в той или иной степени согласны с тем, что инсульт — заболевание сердца [3, С. 7]. В этой связи необходимо усилить меры просветительской политики в области симптоматики неинфекционных заболеваний в целом.

Источники получения информации о признаках инсульта

То, что население получает информацию о признаках инсульта в основном из разговоров с родственниками/знакомыми или из интернета, говорит о высокой вероятности распространения недостоверной информации (мнения, высказанные в интернете и в частных разговорах, не являются предметом цензуры экспертного сообщества). Таким образом, видна необходимость наращивания информационной работы на данную тему со стороны экспертного сообщества, расширение доступности рецензируемых экспертами информационных материалов. Обращает на себя внимание, что средний возраст тех, кто указал опыт как источник знаний об инсульте, — 58 лет. Таким образом, скорее всего, упомянутая ранее осведомленность более старших возрастных групп об инсульте связана с большим шансом повстречаться с ним на своем опыте или в своем окружении.

В контексте информационных материалов важно отметить, что несмотря на то, что о своем знакомстве с материалами «Удар» говорило больше человек, чем о знакомстве с «Мозг 4,5», среди тех, кто ранее видел буклеты и плакаты (интервьюер демонстрировал их респонденту визуально), в 2 раза больше видевших

плакат «Мозг 4,5». Это свидетельствует в пользу того, что названия печатных источников, содержащие слово, способствующее заучиванию признаков и действий при инсульте, хуже запоминаются населением по сравнению с представленной визуальной информацией.

Информацию о выявленных каналах распространения знаний об инсульте можно использовать при планировании просветительских мероприятий.

Действия населения при обнаружении признаков инсульта

Следует указать, что такие нерациональные меры, как прокол подушечек пальцев, встречаются среди представлений о первой помощи при инсульте и в других исследованиях [3]. В целом результаты нашего исследования говорят о том, что необходимо усилить просветительскую работу в области оказания первой помощи при различных состояниях.

Факторы риска развития инсульта

Отдельно из перечисленных факторов развития инсульта, названных населением, необходимо отметить стресс. Убежденность значительной части населения о его роли в развитии инсульта отмечалась во многих исследованиях [5, С. 279; 11, С. 65]. При этом респонденты во время ответа на данный вопрос говорили, что «все болезни от нервов», поэтому стресс нельзя достоверно отнести к факторам риска возникновения именно инсульта. Кроме того, научные данные о стрессе как факторе риска инсульта ограничены [12]. В целом у населения есть представление о решающей роли образа жизни в развитии таких угрожающих жизни заболеваний, как инсульт, однако вызывает настороженность, что в первую очередь были упомянуты «пассивные» факторы (курение, употребление алкоголя) [13], минимизация которых не требует от большинства москвичей значительных усилий.

Заключение

По итогам проведенного исследования можно заключить, что необходима работа с выявленными группами риска, которые в большей степени нуждаются в проведении просветительской политики: мужчины, люди с начальным и средним образованием, чаще люди до 30 лет (хотя средний возраст группы риска — 44 года).

Направления информационной политики, нуждающиеся в усилении, относятся к областям:

- симптоматики неинфекционных заболеваний;
- оказания первой помощи при различных состояниях;
- осведомленности о рисках возникновения неинфекционных заболеваний, связанных с несоблюдением здорового образа жизни;
- расширения доступности качественных, рецензируемых экспертами информационных материалов.

В ходе исследования также возникла идея сочетания опроса населения с просвещением его по анали-

зируемым вопросам. В частности, многие опрошенные, которые не смогли корректно ответить на вопросы, интересовались, какой же ответ является правильным. В такой ситуации интервьюеры могли бы стать «послами здоровья» [14] для населения по данному вопросу. Исходя из этого, ГБУ «НИИ-ОЗММ ДЗМ» планирует в дальнейших исследованиях соединять исследовательскую и просветительскую компоненту, снабжая интервьюеров информационными материалами, внося таким образом свой вклад в повышение осведомленности общества по вопросам здоровья.

Исследование не имело финансовой поддержки. Авторы выражают благодарность канд. мед. наук, врачу по рентгеноваскулярной диагностике и лечению К. В. Анисимову (ГБУЗ «ГКБ им. И. В. Давыдовского ДЗМ») и д-ру мед. наук, канд. псих. наук, профессору М. Н. Гордееву (ЧОУ ДПО «Институт Милтона Эриксона») за помощь в организации исследования.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc. Dis.* 2008;25(5):457—507. Режим доступа: http://www.congex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Original_english.pdf (дата обращения 08.06.2020). doi: 10.1159/000131083
2. Hickey A., Mellon L., Williams D., Shelley E., Conroy R. M. Does stroke health promotion increase awareness of appropriate behavioural response? Impact of the face, arm, speech and time (FAST) campaign on population knowledge of stroke risk factors, warning signs and emergency response. *Eur. Stroke J.* 2018;3(2):117—25. doi: 10.1177/2396987317753453
3. Шнякин П. Г., Исаев Н. В., Ермакова И. Е., Литвинюк Н. В., Коваленко Ю. О., Усатова И. С. Анализ эффективности мероприятий по оздоровлению населения с симптомами инсульта и алгоритмом действий при их возникновении. *Эффективная фармакотерапия.* 2017;(33):6—8.
4. Pancioli A. M., Broderick J., Kothari R., Brott T., Tuchfarber A., Miller R. et al. Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. *JAMA.* 1998;279(16):1288—92. doi: 10.1001/jama.279.16.1288
5. Кудашкина Е. Ю., Сухих Е. А., Авилов О. В., Маркова В. В. Информированность пациентов об инсульте. В сб.: Инновационные научные исследования: теория, методология, практика: сборник статей XII Международной научно-практической конференции. Пенза: Наука и просвещение; 2018. С. 277—80.
6. Koenig K. L., Whyte E. M., Munin M. C., O'Donnell L., Skidmore E. R., Penrod L. E. et al. Stroke-related knowledge and health behaviors among poststroke patients in inpatient rehabilitation. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2007;88(9):1214—16. doi: 10.1016/j.apmr.2007.05.024
7. Фрис Я. Е., Камчатнов П. Р. Информированность пациентов неврологических отделений о факторах риска и симптомах инсульта. *Клиницист.* 2012;(2):27—35.
8. Семченко Л. Н., Герасимова О. Ю., Жданова О. В. Информированность населения об остром нарушении мозгового кровообращения (мозговом инсульте). *Вестник Челябинской областной клинической больницы.* 2018;(4):34—6.
9. И Сун Чер, Захарова А. А., Орлова А. С., Силина Е. В., Хан Д. С., Комаров А. Н. и др. Повышение информированности школьников о признаках инсульта с использованием модифицированного теста удар. *Медицинский алфавит.* 2017;1(2):56—9.
10. Китаева Э. А., Китаев М. Р., Сутина Т. А., Салыхова Л. Я., Вафин А. Ю. Модель «Школы Инсульта» для населения из сельской местности на примере Рыбно-Слободского района Республики Татарстан. *European research.* 2017;(2):94—6.
11. Фрис Я. Е., Шелякина Л. А., Камчатнов П. Р., Зверева И. В., Гусев Е. И. Информированность о факторах риска сосудистых заболеваний головного мозга и симптомах инсульта. *Кремлевская медицина. Клинический вестник.* 2009;(2):63—7.

12. Jood K., Redfors P., Rosengren A., Blomstrand C., Jern C. Self-perceived psychological stress and ischemic stroke: a case-control study. *BMC Med.* 2009;7:53. doi: 10.1186/1741-7015-7-53
13. Богдан И. В., Гурьлина М. В., Чистякова Д. П. Формирование здорового образа жизни у населения: приоритетные направления (по результатам социологического исследования). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2019;27(4):374—8.
14. ФОМ развивает культуру заботы о здоровье. Режим доступа: <https://zoz.fom.ru/post/uchastniku-foruma> (дата обращения 08.06.2020).

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc. Dis.* 2008;25(5):457—507. Available at: http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Original_english.pdf (accessed 08.06.2020). doi: 10.1159/000131083
2. Hickey A., Mellon L., Williams D., Shelley E., Conroy R. M. Does stroke health promotion increase awareness of appropriate behavioural response? Impact of the face, arm, speech and time (FAST) campaign on population knowledge of stroke risk factors, warning signs and emergency response. *Eur. Stroke J.* 2018;3(2):117—25. doi: 10.1177/2396987317753453
3. Shnyakin P. G., Isayev N. V., Ermakova I. E., Litvinyuk N. V., Kovalenko Yu. O., Usatova I. S. Analysis of effectiveness of population familiarizing with stroke symptoms and algorithm of actions when they occur. *Effektivnaya farmakoterapiya.* 2017;(33):6—8 (in Russian).
4. Pancioli A. M., Broderick J., Kothari R., Brott T., Tuchfarber A., Miller R. et al. Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. *JAMA.* 1998;279(16):1288—92. doi: 10.1001/jama.279.16.1288
5. Kudashkina E. Yu., Sukhikh E. A., Avilov O. V., Markova V. V. Patients' awareness of stroke. In: *Innovative scientific research: theory, methodology, practice: collection of articles of the XII International scientific and practical conference [Innovatsionnyye nauchnyye issledovaniya: teoriya, metodologiya, praktika: sbornik statey XII Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii]*. Penza: Science and education; 2018. P. 277—80 (in Russian).
6. Koenig K. L., Whyte E. M., Munin M. C., O'Donnell L., Skidmore E. R., Penrod L. E. et al. Stroke-related knowledge and health behaviors among poststroke patients in inpatient rehabilitation. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2007;88(9):1214—16. doi: 10.1016/j.apmr.2007.05.024
7. Fris Ya. E., Kamchatnov P. R. Awareness of the risk factors and symptoms of stroke in neurology unit patients. *Klinitsist.* 2012;(2):27—35 (in Russian).
8. Semchenko L. N., Gerasimova O. Yu., Zhdanova O. V. Population information about acute brain blood circulation (brain stroke). *Vestnik Chelyabinskoy oblastnoy klinicheskoy bol'nitsy.* 2018;(4):34—6 (in Russian).
9. I Sun Cher, Zakharova A. A., Orlova A. S., Silina E. V., Khan D. S., Komarov A. N. et al. Interactive lectures «UDAR» as a method of raising school children's awareness of stroke. *Meditsinskiy alfavit.* 2017;1(2):56—9 (in Russian).
10. Kitayeva E. A., Kitayev M. R., Suyetina T. A., Salyakhova L. Ya., Vafin A. Yu. The Model of the school for stroke research for of rural area population on the example of rybno-slobodsky district. *European research.* 2017;(2):94—6 (in Russian).
11. Fris Ya. E., Shelyakina L. A., Kamchatnov P. R., Zvereva I. V., Gusev E. I. Knowledge-ability about the factors of the risk of the vascular diseases of brain and the symptoms of stroke. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik.* 2009;(2):63—7 (in Russian).
12. Jood K., Redfors P., Rosengren A., Blomstrand C., Jern C. Self-perceived psychological stress and ischemic stroke: a case-control study. *BMC Med.* 2009;7:53. doi: 10.1186/1741-7015-7-53
13. Bogdan I. V. Gurylina M. V., Chistyakova D. P. A healthy lifestyle: attitudes among the population and priority directions (based on the results of sociological research). *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny.* 2019;27(4):374—8 (in Russian).
14. FOM develops a health care culture [FOM razvivayet kul'turu zaboty o zdorov'ye]. Available at: <https://zoz.fom.ru/post/uchastniku-foruma> (accessed 08.06.2020) (in Russian).

Бударин С. С.¹, Никонов Е. Л.², Эльбек Ю. В.¹**ВЗАИМОСВЯЗЬ МНЕНИЯ ВРАЧЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ДОСТУПНОСТЬ ГРАЖДАН
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ**¹ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;²Департамент здравоохранения города Москвы, 127006, г. Москва

Доступность первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) является актуальной темой во многих странах мира, в том числе странах с высоким уровнем жизни. Однако при оценке доступности и качества медицинской помощи с учетом общественного мнения основное внимание уделяется социологическим опросам граждан и реже изучается мнение медицинского персонала, оказывающего гражданам медицинскую помощь. Цель работы — изучить взаимосвязь между показателями доступности гражданам ПМСП и мнением врачей медицинских организаций города Москвы.

Данные о доступности гражданам ПМСП получены из Единой медицинской информационной аналитической системы города Москвы (ЕМИАС). Анкетирование более 500 врачей проведено в 6 медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих ПМСП взрослому населению. Анкета содержала 26 вопросов, ответы на которые отражают личное мнение врачей об отношении к повышению своих профессиональных навыков, удовлетворенности условиями труда, организации ПМСП, ее доступности для населения и пр.

Подтверждена высокая корреляционная связь между ответами врачей и показателями, рассчитанными на основе данных ЕМИАС, что свидетельствует о целесообразности использования мнения медицинского персонала для принятия своевременных и эффективных управленческих решений, направленных на оптимизацию организационных процессов по обеспечению доступности населения медицинской помощи.

Ключевые слова: анкетирование; ЕМИАС; ПМСП; корреляционная связь; показатель; доступность медицинской помощи.

Для цитирования: Бударин С. С., Никонов Е. Л., Эльбек Ю. В. Взаимосвязь мнения врачей и показателей, характеризующих доступность граждан к первичной медико-санитарной помощи, в Москве. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1062—1067. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1062-1067>

Для корреспонденции: Бударин Сергей Сергеевич, канд. экон. наук, зав. отделом ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента» ДЗМ; e-mail: budarins@zdrav.mos.ru

Budarin S. S.¹, Nikonov E. L.², Elbek Iu. V.¹**THE RELATIONSHIP BETWEEN DOCTORS' POINTS OF VIEW AND INDICATORS THAT
CHARACTERIZE CITIZENS' ACCESS TO PRIMARY HEALTH CARE IN MOSCOW**¹State Budgetary Institution "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", 115088 Moscow, Russian Federation;²Moscow Healthcare Department, 127006, Moscow, Russian Federation

This article presents the results of a study on the relationship between indicators of accessibility of citizens to primary health care (PHC), based on the data of the Unified medical informational analytical system of Moscow (EMIAS) and the results of the survey of physicians of medical institutions of the state healthcare system, providing primary care to adults. The analysis of scientific publications has shown that when assessing the availability and quality of medical care, taking into account public opinion, the main attention is paid to sociological surveys of citizens and less often the opinion of medical personnel who provide medical care to citizens is studied.

The analysis of the information from foreign sources has shown that the availability of primary health care is a hot topic in many countries all over the world, including the countries with a high level of GDP per capita.

The survey of medical men, which was attended by more than 500 doctors, was conducted in six medical organizations in Moscow that provide primary health care to adults. The questionnaire contained 26 questions, the answers to which reflect the personal opinion of doctors about their attitude to the improvement of their professional skills, satisfaction with working conditions, the organization of PHC and its accessibility to the population, etc. EMIAS The data were used to calculate individual indicators that characterize the population's access to PHC.

The results of this scientific study confirmed the existence of a high correlation between the responses of doctors and indicators calculated on the basis of EMIAS data, which indicates the feasibility of using the opinion of medical personnel to make timely and effective management decisions aimed at optimizing organizational processes to ensure public access to medical care.

Keywords: survey; EMIAS; PHC; correlation; indicator; availability of medical care.

For citation: Budarin S. S., Nikonov E. L., Elbek Iu. V. The relationship between doctors' opinions and indicators that characterize citizens' access to primary health care in Moscow. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(Special Issue):1062—1067 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1062-1067>

For correspondence: Budarin S. S., PhD in economics, head of division in Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, e-mail: BudarinSS@zdrav.mos.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Введение

Одной из приоритетных задач любой медицинской организации на современном этапе является обеспечение доступной и качественной медицинской помощи, что способствует достижению главной цели Государственной программы города Москвы «Столичное здравоохранение»¹ — улучшению здоровья и качества жизни населения Москвы.

Доступность первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) — одно из приоритетных направлений деятельности Департамента здравоохранения г. Москвы и медицинских организаций по улучшению качества медицинского обслуживания.

На протяжении ряда лет оценка доступности и качества медицинской помощи в субъектах России проводится, в основном, в соответствии с показателями, ежегодно утверждаемыми территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Достоверность и объективность полученных оценок практически не сопоставляется с результатами изучения мнения медицинских работников.

Большинство опубликованных исследований свидетельствует о том, что предпочтение и в нашей стране, и за рубежом отдается организации и проведению социологических опросов среди населения. Опросы врачей-специалистов по проблемам доступности и качества оказания медицинской помощи организуются значительно реже [1].

В последние годы в России проводятся социологические опросы пациентов и медицинских работников в области менеджмента качества медицинской помощи [2]. Опросы медицинского персонала, несмотря на субъективность мнений, могут стать составной частью менеджмента организации и организационной структуры, т. к. способствуют принятию мер, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи для населения. Данная практика пока не получила широкого распространения. Анализ результатов анкетирования врачей в связке с показателями доступности и качества медицинской помощи недостаточно представлен в научных публикациях, в основном рассматриваются результаты анкетирования по отдельно взятым вопросам [3—10].

Обеспечение доступности пациентам консультаций врачей и диагностических исследований является важнейшим направлением работы органов управления здравоохранением не только в России, но и в других странах, где есть случаи несвоевременного удовлетворения потребности пациентов в оказании медицинской помощи. Например, Национальное управление аудита Великобритании регулярно проводит исследования работы кабинетов врачей общей практики (ВОП), сопоставляя отчеты Министерства здравоохранения и мнение пациентов. В исследова-

нии [11] отмечается, что только около 75% пациентов смогли попасть к врачу на время, которое они хотели выбрать. Всего 60% пациентов сообщили, что всегда или почти всегда могут попасть к «своему» ВОП. Около 27% пациентов выразили неудовольствие системой записи на прием к ВОП.

Целью данного исследования является сравнение результатов анкетирования врачей с показателями доступности медицинской помощи и данных Единой медицинской информационной аналитической системы города Москвы (ЕМИАС)².

Материалы и методы

Исследование проводилось в 3 этапа. На первом этапе была применена специально разработанная анкета-опросник, включающая 26 закрытых, полузакрытых и открытых вопросов. Вопросы касались отношения врачей к повышению своих профессиональных навыков, удовлетворенности условиями труда, организации доступности населения ПМСП.

Анонимное анкетирование проведено в сентябре 2019 г. на базе 6 городских поликлиник различных административных округов города Москвы, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению (условно ГП1—ГП6).

Всего в опросе приняли участие 544 врача, при этом в анализе учитывалась 421 анкета, заполненная врачами 1-го уровня (ВОП/терапевт, оториноларинголог, офтальмолог, уролог, хирург). Численность врачей 1-го уровня в поликлиниках Москвы в 2019 г., по данным формы федерального статистического наблюдения № 30³, составила 5363. Репрезентативность данной выборки проверена по методике К. А. Отдельновой [12], и мера точности составила 0,05, т. е. ошибка в исследовании не превышала 5% при мощности исследования 95%.

На втором этапе проведена выборка данных ЕМИАС из разделов «Время ожидания приема в очереди по предварительной записи» и «Врач и пациент», характеризующих доступность для граждан медицинской помощи в ГП1—ГП6.

На третьем этапе осуществлялся анализ взаимосвязи результатов анкетирования врачей с показателями доступности медицинской помощи, рассчитанными на основе данных ЕМИАС. Обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0» и включала корреляционно-регрессионный анализ с расчетами коэффициентов корреляции (r) Пирсона, тесноты связи по шкале Чеддока и средних ошибок аппроксимации.

² Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 26.05.2015 № 437 «О порядке составления расписания работы доступных ресурсов медицинских организаций в электронном виде с использованием функциональных возможностей автоматизированной информационной системы города Москвы «Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы».

³ Приказ Федеральной службы государственной статистики от 30.12.2019 № 830 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

¹ Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП (ред. от 10.10.2016) «Об утверждении государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» на 2012—2020 годы».

Результаты

Таблица 2

В рамках исследования были проанализированы результаты анкетирования, позволившие определить мнение врачей по отдельным вопросам доступности для населения медицинской помощи, которые могут быть измерены показателями на основе данных ЕМИАС.

Система ЕМИАС позволяет в режиме онлайн получать данные о времени ожидания приема у врачей 1-го уровня, к которым доступна самозапись, и о количестве дней ожидания на диагностическое исследование от даты записи. Это дает возможность рассчитать значения показателей, характеризующих доступность медицинской помощи. Для сравнения с результатами анкетирования врачей выбраны два показателя, рассчитанные на основе данных ЕМИАС (табл. 1).

Анализ данных, представленных в табл. 1, показывает, что по показателю «Доля состоявшихся приемов со временем ожидания гражданами приема ВОП/терапевта свыше 20 мин» значения в ГП6 в несколько раз ниже значений в других медицинских организациях, что свидетельствует том, что врачам в ГП6 в основном достаточно нормативного времени для приема пациента.

Показатель, характеризующий сроки ожидания на диагностическое исследование, демонстрирует, что более 50% граждан ожидают ультразвуковые исследования (УЗИ) не более 7 дней.

В ходе изучения данных анкетирования, проведенного в рамках настоящего исследования, установлено, что опрошенный контингент на 69,6% был представлен женщинами и на 30,4% — мужчинами. Возрастной состав респондентов: 18—36 лет — 32,3%, 36—46 лет — 22,1%, 46—51 год — 13,3%, старше 51 года — 32,3%. Доля врачей, которые имеют большой опыт работы в медицинской организации (более 20 лет), составила около 17,8%.

Более половины респондентов не имеют квалификационной категории, при этом в возрастной категории 18—36 лет удельный вес врачей, не имеющих квалификационной категории, составил 91,9%. Категорию «Московский врач» имеют только 1,4% опрошенных врачей. Из числа работающих врачей 1-го уровня в анкетировании приняли участие: в ГП1 — 66,9% врачей 1-го уровня, в ГП2 — 47,0%, в ГП3 — 44,4%, в ГП4 — 44,0%, в ГП5 — 74,2%, в ГП6 — 30,3%.

При анализе результатов анкетирования было выявлено, что на вопрос «Достаточно ли вам норма-

Результаты анкетирования по вопросу достаточности времени приема

Организация	Достаточно ли Вам нормативного времени длительности приема, чтобы осмотреть пациента и заполнить необходимую документацию?						всего ответов
	да		нет		затрудняюсь ответить		
	количество	доля, %	количество	доля, %	количество	доля, %	
ГП1	30	34,5	37	42,5	20	23,0	90
ГП2	11	23,4	28	59,6	8	17,0	47
ГП3	18	26,1	40	58,0	11	16,0	69
ГП4	10	20,4	30	61,2	9	18,4	49
ГП5	31	20,3	112	73,2	10	6,5	153
ГП6	6	15,4	25	64,1	8	20,5	39
Всего...	106	23,9	272	61,3	66	14,8	444

тивного времени длительности приема, чтобы осмотреть пациента и заполнить необходимую документацию?» «Да» ответили 23,9% опрошенных (табл. 2). Наиболее ярко была выражена позиция, что нормативного времени длительности приема не хватает (61,3% опрошенных). Среди ГП2, 3, 4 и 6 данная позиция встречалась с одинаковой частотой, в ГП5 о недостаточности нормативного времени длительности приема получено 73,2% ответов от общего количества, а в ГП1 — 42,5%.

На вопрос о возможных действиях в случае превышения установленных нормативов времени приема пациента более 80% врачей ответило, что продолжают осуществлять прием после окончания рабочей смены. Остальные стараются сократить время приема следующих пациентов. Необходимость превышать нормативное время приема пациента при оказании медицинской помощи в отдельных случаях приводило к тому, что время ожидания на прием следующего пациента могло увеличиваться.

Другим важным моментом исследования явился вопрос о возможности врача записать пациента на диагностическое обследование. Определенное количество ответов участников анкетирования свидетельствует о том, что врачи иногда не могут записать пациента при наличии показаний на диагностическое обследование в день обращения в пределах горизонта записи, предоставляемой в ЕМИАС в удобное для пациента время (табл. 3).

Данные табл. 3 показывают, что около трети опрошенных врачей отмечают наличие сложностей, связанных с записью пациентов в удобное для них время на диагностические обследования. «Нет» означает, что в системе ЕМИАС отсутствовали свободные интервалы для записи или пациента не устраивали предложенные ему время и дата. В таком случае врач выписывал направление на диагностическое исследование без указания даты, действительное в течение 30 дней.

В ходе изучения взаимосвязи между итогами анкетирования врачей и показателями доступности медицинской помощи по данным ЕМИАС получены результаты, представленные в табл. 4, 5.

Таблица 1

Показатели доступности населения на прием к врачу и к диагностическим ультразвуковым исследованиям за 2019 г.

Значение показателя	ГП1	ГП2	ГП3	ГП4	ГП5	ГП6
Доля состоявшихся приемов со временем ожидания гражданами приема ВОП/терапевта свыше 20 мин, %	6,9	7,6	8,6	10,0	13,4	2,6
Доля граждан, которые ожидали диагностическое исследование (УЗИ) не более 7 дней, %	71,4	39,6	57,1	62,1	50,2	92,6

Таблица 3

Таблица 4

Результаты анкетирования по вопросу доступности записи на диагностические исследования

Организация	Всегда ли Вы можете записать пациента (если есть показание) на диагностическое обследование?						всего ответов
	да		нет		другое		
	количество	доля, %	количество	доля, %	количество	доля, %	
ГП1	75	83,4	15	16,6	0	0	90
ГП2	35	70,0	15	30,0	0	0	50
ГП3	55	68,8	24	30,0	1	1,2	80
ГП4	41	82,0	9	18,0	0	0	50
ГП5	66	46,1	69	48,3	8	5,6	143
ГП6	37	90,3	4	9,7	0	0	41
Всего...	309	68,1	136	29,9	9	2,0	454

Взаимосвязь расчетного показателя «Доля состоявшихся приемов со временем ожидания гражданами приема ВОП/терапевта свыше 20 мин, %» и ответами на вопрос анкеты о достаточности нормативного времени длительности приема

Показатель	ГП1	ГП2	ГП3	ГП4	ГП5	ГП6	КК	КК без ГП6
Доля состоявшихся приемов со временем ожидания гражданами приема ВОП/терапевта свыше 20 мин, %	6,9	7,6	8,6	10,0	13,4	2,6	—	—
Доля ответов «Нет», %	42,5	59,6	58,0	61,2	73,2	64,1	0,383	0,903

Таблица 5

Взаимосвязь расчетного показателя «Доля граждан, которые ожидали диагностическое исследование (УЗИ) не более 7 дней, %» и ответами на вопрос анкеты о возможности записи пациента на диагностическое исследование

Показатель	ГП1	ГП2	ГП3	ГП4	ГП5	ГП6	КК	КК без ГП5
Доля граждан, которые ожидали диагностическое исследование (УЗИ) не более 7 дней, %	71,4	39,6	57,1	62,1	50,2	92,6	—	—
Доля ответов «Да», %	83,3	70,0	68,8	82,0	46,2	90,2	0,713	0,908

Первоначально изучена взаимосвязь показателей по всем медицинским организациям и получены следующие результаты: $r = 0,383$ (табл. 4), т. е. связь между исследуемыми показателями прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока умеренная, зависимость показателей статистически не значима ($p = 0,47$). Средняя ошибка аппроксимации очень высокая (43,4%).

Однако при исключении из расчета данных ГП6 получается: $r = 0,903$, т. е. связь между исследуемыми признаками прямая, а теснота (сила) связи по шкале Чеддока весьма высокая. Зависимость признаков статистически значима ($p = 0,07$). Средняя ошибка аппроксимации составляет 8,2%. Исключение из расчета ГП6 связано с тем, что доля анкет врачей, полученных из этой медицинской организации, значительно меньше, чем из других (30,3%), но при этом 64,1% анкет содержали ответ «Нет», что является одним из самых высоких значений среди исследуемых объектов. Данное обстоятельство может быть причиной расхождений между результатом анкетирования и данными ЕМИАС и повлиять на исследование корреляционных связей.

Изучение взаимосвязи между показателями по всем медицинским организациям позволило получить следующие результаты: $r = 0,713$ (табл. 5), т. е. связь между исследуемыми признаками прямая, а теснота (сила) связи по шкале Чеддока высокая, но зависимость признаков статистически не значима ($p = 0,13$), а средняя ошибка аппроксимации составляет 12,9%.

При исключении из расчетов данных по ГП5 значение r увеличилось. Это позволяет сделать вывод о том, что связь между исследуемыми признаками прямая, а теснота (сила) связи по шкале Чеддока весьма высокая. Зависимость признаков статистически значима ($p = 0,06$), средняя ошибка аппроксимации — 3,4%. Исключение из расчета ГП5 связано с тем, что доля врачей, ответивших «Нет», составила почти 30%, при этом значительная часть ответивших «Нет» сообщила об отсутствии у них технической возможности записи пациентов на диагностическое исследование, поэтому запись осуществляется в регистратуре на основании выписанного вра-

чом направления. Это обстоятельство оказывает влияние на достоверность общего результата, и поэтому ГП5 была исключена из расчета корреляционных связей.

Таким образом, приведенные примеры подтвердили наличие сильных корреляционных связей между расчетными показателями доступности по данным ЕМИАС и результатами анкетирования врачей.

Обсуждение

Анализ результатов анкетирования свидетельствует о том, что врачи достаточно часто выражают мнение о недостаточности для них нормативного времени длительности приема, что может отразиться на доступности населению ПМСП. При этом в группе врачей в возрасте до 36 лет ответ «Да» прозвучал в 17,5% ответов, а в группе врачей старше 36 лет — в 28%. Различие в ответах может быть связано с уровнем профессионализма и опытом работы врачей — менее 10% врачей в возрастной категории 18—36 лет имеют квалификационную категорию. Увеличение времени приема пациента приводило к увеличению времени ожидания приема следующим пациентом. Данные ЕМИАС свидетельствуют, что расчетный показатель «Доля состоявшихся приемов со временем ожидания гражданами приема врача ВОП/терапевта свыше 20 мин, %» составляет 7—13%.

Анализ значений показателей доступности медицинской помощи, рассчитанных на основании данных ЕМИАС, показал, что более половины граждан, а в некоторых ГП более 70% ожидают диагностическое исследование не более 7 дней, что является позитивным фактом. При этом около 30% респондентов отметили, что иногда сталкиваются с трудностями записи пациента на диагностическое исследование в удобное для него время.

Исследование подтвердило наличие корреляционных связей между субъективным мнением врачей и расчетными значениями показателей, характеризующих доступность ПМСП, на основе данных ЕМИАС.

О важности данных системы ЕМИАС для управления доступностью медицинской помощью в первичном звене города Москвы говорится в статье В. О. Щепина и соавт. [13], а также в других исследованиях [14, 15]. В частности, отмечено, что анализ времени ожидания у врачей-специалистов через систему ЕМИАС в разных округах и конкретных поликлиниках Москвы является важной основой для принятия адекватных управленческих решений, направленных на повышение доступности специализированной ПМСП населению.

Заключение

Результаты анкетирования врачей предоставляют возможность изучения качества организации доступности населения ПМСП в медицинских организациях с разных точек зрения.

Анализ результатов анкетирования врачей выявил, что 23,9% опрошенных достаточно нормативного времени длительности приема, чтобы осмотреть пациента и заполнить необходимую документацию.

Одновременно данные ЕМИАС свидетельствуют о том, что отсутствие достаточного нормативного времени для приема пациентов и оформления медицинской документации приводит к тому, что в отдельных случаях врачи продолжают прием после окончания рабочей смены, т. е. повышается нагрузка на специалистов. С другой стороны, увеличение времени приема пациентов может приводить к увеличению времени ожидания приема врача последующими гражданами. При этом следует обратить внимание на тот факт, что врачи уделяют внимание пациенту столько времени, сколько это необходимо для оказания качественной медицинской помощи.

Коэффициент корреляции между результатами анкетирования по вопросу достаточности нормативного времени длительности приема и показателями, рассчитанными на основе данных ЕМИАС, составляет 0,903.

Около 30% врачей подтвердили, что иногда испытывали сложности при записи граждан на диагностические обследования в удобное для них время или в связи с отсутствием возможности записи в пределах интервала, предоставляемого в ЕМИАС.

Выводы, сделанные по результатам анкетирования в части доступности записи на диагностические исследования, подтверждаются расчетами значений сроков ожидания диагностического исследования на основе данных ЕМИАС. В этом случае коэффициент корреляции составил 0,908.

Таким образом, результаты исследования подтверждают целесообразность использования «субъективного» мнения врачей, полученного по результатам социологических опросов, о доступности для

граждан медицинской помощи, которые при сравнении с данными ЕМИАС могут способствовать принятию своевременных и эффективных управленческих решений, направленных на управление ресурсами и оптимизацию организационных процессов по обеспечению доступности населения к медицинской помощи.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Сагеев С. С., Кравченко Н. П. Оценка врачами качества оказания медицинской помощи населению. *Вестник КАЗНМУ*. 2012;2. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-vrachami-kachestva-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi-naseleniyu/viewer> (дата обращения 12.05.2020).
2. Евстигнеев С. В., Васильев В. В. Оценка качества медицинской помощи в стационаре по критерию удовлетворенности пациентов и врачей. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация*. 2016; 35(19):72—9.
3. Петрова Н. Г., Ярославский К. В. О результатах анкетирования врачей акушеров-гинекологов и оценка уровня их подготовленности по вопросам качества медицинской помощи. *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова*. 2018;25(1):21—7.
4. Емельянов А. О., Шестаков В. П., Черныгина Т. С., Пенюгина Е. Н. Оценка удовлетворенности участковых врачей-терапевтов объемом и содержанием выполняемой работы при оказании первичной медико-санитарной помощи населению. *Профилактическая медицина*. 2015;(1):57—61.
5. Кобякова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С., Старовойтова Е. А., Хомяков К. В., Воробьева О. О. Результаты исследования качества и доступности медицинской помощи в учреждениях здравоохранения: «Кто виноват и что делать?». *Здравоохранение Российской Федерации*. 2016;60(4):219—24. doi: 10.18821/0044-197X-2016-60-4-219-224
6. Таджиев И. Я., Белостоцкий А. В., Бударин С. С. Качество медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения г.Москвы в оценках пациентов и врачей. *Социология медицины*. 2017;16(2):100—6. doi: 10.18821/1728-2810-2017-16-2-100-106
7. Березкина Е. Н. Результаты анкетирования врачей детской больницы. *Современные научные исследования и разработки*. 2018;(7):41—5.
8. Ваняркина А. С., Петрова А. Г., Покровская С. А., Бахмат Я. А., Векесер О. А. Современные представления врачей о вакцинопрофилактике: результаты анкетирования. *Журнал инфектологии*. 2019;11(1 S1):31—2.
9. Очаковская И. Н., Дурлештер В. М., Ни О. Г., Шабанова Н. Е. Результаты анкетирования врачей хирургического профиля по вопросам безопасности фармакотерапии. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2018;25(6):127—34.
10. Кряжинова И. А., Исмаилова В. И., Калинина А. Н., Лашко И. С. Результаты анкетирования врачей стоматологов по проблемам онкологической настороженности. *Российский стоматологический журнал*. 2018;22(6):305—8.
11. UK National audit office. Improving patient access to general practice. London, 2017. Available at: <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2017/01/Improving-patient-access-general-practice.pdf> (accessed 29.05.2020).
12. Отдельнова К. А. Определение необходимого числа наблюдений в социально-гигиенических исследованиях. *Сборник трудов 2-го ММИ*. 1980;150(6):18—22.
13. Щепин В. О., Дьячкова А. С. Сроки ожидания амбулаторно-поликлинической помощи как показатель ее доступности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;22(4):23—6.
14. Бударин С. С., Эльбек Ю. В. Оценка достаточности ресурсов медицинских организаций для достижения результатов. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2019;63(4):172—9.
15. Бударин С. С., Эльбек Ю. В. Анализ использования ресурсов, необходимых для осуществления деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную

помощь амбулаторно. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2018;(3):28—35.

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Sageyev S. S., Kravchenko N. P. Doctors' assessment of the quality of medical care for the population. *Vestnik KAZNMU*. 2012;2. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-vrachami-kachestva-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-naseleniyu/viewer> (accessed 12.05.2020) (in Russian).
2. Evstigneyev S. V., Vasil'yev V. V. Assessment of the quality of medical care in a hospital by the criterion of patient and doctor satisfaction. *Nauchnyye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Meditsina. Farmatsiya*. 2016; 35(19):72—9. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-kachestva-meditsinskoy-pomoschi-v-statsionare-po-kriteriyu-udovletvorennosti-patsientov-i-vrachey/viewer> (accessed 12.05.2020) (in Russian).
3. Petrova N. G., Yaroslavskiy K. V. On the results of a survey of doctors obstetricians-gynecologists and an assessment of their level of preparedness regarding the quality of medical care. *Uchenye zapiski SPbGMU im.akad. Pavlova*. 2018;25(1):21—7. (in Russian).
4. Emel'yanov A. O., Shestakov V. P., Chernyagina T. S., Penyugina E. N. Assessment of satisfaction of local physicians with the volume and content of the work performed in the provision of primary health care to the population. *Profilakticheskaja medicina*. 2015;(1):57—61 (in Russian).
5. Kobayakova O. S., Deyev I. A., Kulikov E. S., Starovoytova E. A., Khomyakov K. V., Vorob'yeva O. O. The results of a study of the quality and accessibility of medical care in health facilities: «Who is to blame and what to do?». *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. 2016;60(4):219—24. doi: 10.18821/0044-197X-2016-60-4-219-224 (in Russian).
6. Tadzhiev I. Ya., Belostotskiy A. V., Budarin S. S. The quality of medical care in medical organizations of the state healthcare system of Moscow in the assessments of patients and doctors. *Sotsiologiya meditsiny*. 2017;16(2):100—6. doi: 10.18821/1728-2810-2017-16-2-100-106 (in Russian).
7. Berezkina E. N. The results of a survey of doctors of the children's hospital. *Sovremennyye nauchnyye issledovaniya i razrabotki*. 2018;(7):41—5 (in Russian).
8. Vanyarkina A. S., Petrova A. G., Pokrovskaya S. A., Bakhmat Ya. A., Vekesser O. A. Modern ideas of doctors about vaccine prevention: survey results. *Zhurnal infektologii*. 2019;11(1 S1):31—2 (in Russian).
9. Ochakovskaya I. N., Durlshter V. M., Ni O. G., Shabanova N. E. Survey results for surgical physicians on pharmacotherapy safety issues. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik*. 2018;25(6):127—34 (in Russian).
10. Kryazhinova I. A., Ismaylova V. I., Kalinina A. N., Lashko I S. Results of a survey of dentists on cancer alertness. *Rossiyskiy stomatologicheskij zhurnal*. 2018;22(6):305—8 (in Russian).
11. UK National audit office. Improving patient access to general practice. London, 2017. Available at: <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2017/01/Improving-patient-access-general-practice.pdf> (accessed 29.05.2020).
12. Otdel'nova K. A. Determination of the required number of observations in socio-hygienic studies. *Sbornik trudov 2-go MMI*. 1980;150(6):18—22 (in Russian).
13. Shchepin V. O., D'yachkova A. S. Terms of waiting for outpatient care as an indicator of its availability. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2014;22(4):23—6 (in Russian).
14. Budarin S. S., El'bek Yu. V. Assessment of the adequacy of the resources of medical organizations to achieve results. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. 2019;63(4):172—9 (in Russian).
15. Budarin S. S., El'bek Yu. V. Analysis of the use of resources necessary for the implementation of the activities of medical organizations providing primary health care on an outpatient basis. *Meditsinskiye tekhnologii. Otsenka i vybor*. 2018;(3):28—35 (in Russian).

Коленникова О. А.^{1,2}, Токсанбаева М. С.^{1,2}**ОПЛАТА ТРУДА И УСТАНОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ
НА ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КВАЛИФИКАЦИОННУЮ И ТРУДОВУЮ МОБИЛЬНОСТЬ**¹ФГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы», 115088, г. Москва;²Институт социально-экономических проблем народонаселения ФГБНУ «Федеральный научно-исследовательский социологический центр» Российской академии наук, 117218, г. Москва

В сфере здравоохранения вследствие длительного цикла накопления человеческого капитала смена профессии нередко ведет к нарушению этого цикла. Поэтому стабильная занятость на рабочих местах для медицинских специалистов является предпочтительной и должна сопровождаться в рамках профессии перманентным квалификационным ростом. Этому процессу в значительной мере противоречит трудовая мобильность как переход на другую работу. Одним из самых мощных ее стимулов является недовольство оплатой труда. В статье представлен анализ его воздействия на готовность к профессионально-квалификационной и трудовой мобильности, выполненный по материалам анкетного опроса врачей и медсестер столичного здравоохранения. Была выделена референтная группа специалистов, обладающая активными установками на профессионально-квалификационный рост. Оценки этой группы удовлетворенности размером оплаты труда и соответствия трудовому вкладу показали, что превалирует недовольство неадекватностью зарплаток трудовому вкладу, которое относится как к базовому окладу, так и к стимулирующим выплатам. Их повышение при одновременном росте доли стимулирующих выплат должно стать основой корректировки системы оплаты труда. Для среднего медицинского персонала актуален также более точный учет в зарплатах трудовой нагрузки, выросшей вследствие его оптимизации, без чего и так нежелательная текучесть медсестер может значительно повыситься.

К л ю ч е в ы е с л о в а: установки; мобильность; профессионально-квалификационный рост; текучесть кадров; оплата труда; врач; медсестра.

Для цитирования: Коленникова О. А., Токсанбаева М. С. Оплата труда и установки медицинских специалистов на профессионально-квалификационную и трудовую мобильность. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(специальный выпуск):1068—1074. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1068-1074>

Для корреспонденции: Коленникова Ольга Александровна; e-mail: kolennikova@mail.ru

Kolennikova O. A.^{1,2}, Toksanbaeva M. S.^{1,2}**WAGES AND ATTITUDES OF MEDICAL SPECIALISTS TO VOCATIONAL QUALIFICATION AND LABOUR MOBILITY**¹State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115088 Moscow, Russian Federation;²Institute of Socio-Economic Studies of Population of FCTAS of Russian Academy of Sciences, 117218 Moscow, Russian Federation

In the health care sector, due to a long cycle of accumulation of human capital, a change of profession often leads to a disruption of this cycle. Therefore, stable employment in the workplace for medical specialists is preferable and should be accompanied by permanent qualification growth within the framework of the profession. Labour mobility to a large extent contradicts this process. One of its most powerful incentives is dissatisfaction with earnings, and this article presents an analysis of the impact of this dissatisfaction on readiness for vocational and labour mobility, based on a questionnaire survey of doctors and nurses of Moscow health care system. A reference group of specialists with proactive attitude towards vocational and professional growth has been singled out. Its assessments of satisfaction with the size of earnings and with correspondence between earnings and labour contribution showed that the dissatisfaction with the inadequacy of earnings is widely spread. This dissatisfaction relates to both base salary and incentive payments against labour contribution. An increase in base salary and in incentive payments together with a simultaneous increase in the share of incentive payments should be the basis for adjusting the wage system. A more accurate accounting of the workload (which has grown as a result of optimization) in earnings is also relevant for paramedical personnel. Should the authorities fail to do this, the undesirable staff turnover, which is already high, may increase even further.

К e y w o r d s: attitudes; mobility; vocational development; staff turnover; wages; doctor; nurse

For citation: Kolennikova O. A., Toksanbaeva M. S. Wages and attitudes of medical specialists to vocational qualification and labour mobility. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1068—1074 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1068-1074>

For correspondence: Kolennikova Olga Aleksandrovna, kolennikova@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020**Введение**

Здравоохранение отличается скромной оплатой труда (ниже средней по экономике) и одним из са-

мых низких уровней выбытия персонала. Среди причин этого феномена — во-первых, принадлежность отрасли в основном к бюджетному сектору с его в целом лучшей, чем в частном, социальной за-

щищенностью работника. Во-вторых, в медицине высока занятость специалистов со сравнительно долгим циклом накопления человеческого капитала на рабочих местах. Поэтому стабильная занятость для них предпочтительнее трудовой мобильности (смены работы). Анализ противоречащих друг другу установок на профессионально-квалификационную (ПКМ) и трудовую мобильность (ТМ), а также ее зарплатных стимулов важен для поиска путей стабилизации кадрового состава здравоохранения и совершенствования воспроизводства человеческого капитала.

Исследуемые в статье проблемы установок работников на стабильную занятость и потенциальную текучесть, а также взаимосвязь этих установок с материальными и нематериальными стимулами широко обсуждаются специалистами в разрезе разных стран, регионов и видов экономической деятельности, включая российскую сферу здравоохранения и ее бюджетный сектор. Это прежде всего относится к изучению готовности работников к мобильности как форме экономического поведения [1], анализу факторов удовлетворенности трудом, от которой зависят установки как на закрепление персонала в организации, так и на смену работы [2—4]. В этой связи большой интерес ученых вызывает проблема факторов и мотивов текучести кадров [5], но в здравоохранении ввиду ее сравнительно невысокой значимости большим вниманием пользуются исследования механизмов привлечения новых сотрудников и обновления кадров [6].

В условиях постоянных и серьезных изменений в области заработной платы («майские» указы президента, доведение МРОТ до прожиточного минимума, что особенно важно для бюджетного сектора, и др.) не утрачивают актуальности вопросы оплаты труда, ее воспроизводственной и стимулирующей функций, адекватности размера трудовому вкладу работников. Все большую популярность набирают исследования в области справедливости оплаты труда, обсуждаются альтернативные подходы к ее определению и измерению [7, 8]. В сфере медицины акцент делается на стимулах к полезному труду, что необходимо для качественного оказания лечебной помощи населению [9]. В связи с регулярным реформированием системы оплаты труда в здравоохранении ведутся острые дискуссии о результатах этих реформ, даются их далеко не однозначные оценки — от остро полемических [10] до умеренных и оптимистических [11, 12].

В ситуации возникающих новых вызовов для системы здравоохранения все рассмотренные проблемы актуализируются. В особенности это касается его бюджетного сектора и регионов, в которых данные вызовы, как в столичном регионе, приобретают наиболее масштабный характер. Поэтому представляется важной отработка инструментария исследований готовности медицинского персонала к активным формам поведения и влияния на него зарплатных стимулов на примере

организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Москвы (ДЗМ).

Материалы и методы

Для изучения установок персонала организаций на различные виды мобильности хорошо подходит метод эмпирического социологического исследования, который был применен в проекте «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения», реализованном НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в 2019 г. В рамках проекта выполнен анкетный опрос медицинских специалистов системы ДЗМ (выборка — 551 анкета), материалы которого использованы в статье. Для анализа разработаны оценочные и фактологические индикаторы, позволяющие выявлять готовность персонала к переменам путем повышения квалификации и смены места работы. Определялось, как на эти установки воздействует внутрифирменная система оплаты труда, совершенствование которой рассматривалось как ключевой фактор стабильной занятости персонала.

Результаты

Установки врачей и медсестер на профессионально-квалификационную мобильность

По материалам анкетного опроса медицинских специалистов системы ДЗМ, выделены их личные качества, которые, по мнению самих респондентов, нужны для надлежащего выполнения должностных функций: инициативность, творческий подход к работе; стремление постоянно повышать квалификацию; стремление к должностному росту. Они обозначены как индикаторы готовности (установок) к ПКМ (рис. 1).

Самый весомый индикатор готовности к ПКМ (ГПКМ) — стремление постоянно повышать квалификацию (рис. 1), при этом ее уровень довольно сильно влияет и на реализацию творческих потенциалов, и на восхождение по карьерной «лестнице». Во многом поэтому их значимость оказалась для опрошенных довольно скромной. Кроме того, при высокой регламентации медицинской помощи (ее чрезмерность отметило немало число респондентов) инициативность в работе ограничена. А слабый ин-

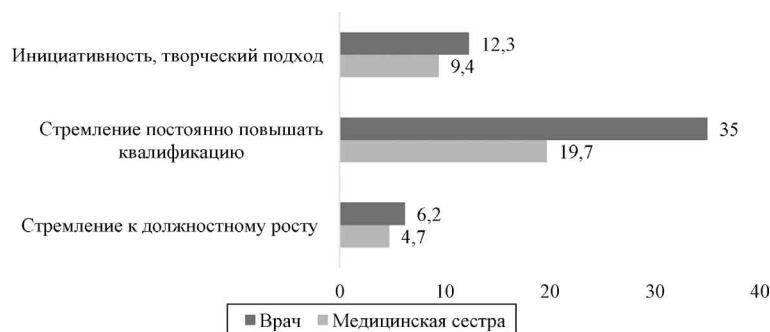


Рис. 1. Респонденты — врачи и медсестры — по индикаторам готовности к профессиональному и должностному росту, %.

Таблица 1

Респонденты — врачи и медсестры — с разным уровнем ГПКМ по факторам привлекательности работы, % к итогу*

Фактор привлекательности работы	Врачи		Медсестры	
	высокая ГПКМ	низкая и средняя ГПКМ	высокая ГПКМ	низкая и средняя ГПКМ
Стабильность рабочего места	45,9	48,1	56,1	53,7
Стабильность оплаты труда	52,3	53,4	54,9	61,1
Размер оплаты труда	23,9	25,2	12,2	14,8
Содержание работы	19,3	14,5	6,1	8,3
Возможности профессионально-квалификационного роста	32,1	14,4	15,9	11,6
Накопление профессионального опыта	35,8	20,6	25,6	14,8
Возможности работать на современном оборудовании и пр.	4,7	4,6	7,3	3,7
Отношения в коллективе	45,9	37,4	36,6	39,8
Близость к дому	27,5	35,9	34,1	23,1
Режим работы	12,8	15,3	37,8	25,9
Другое	5,5	7,3	3,7	1,6

Примечание. *Итог больше 100%, т. к. респонденты могли отметить несколько пунктов.

интерес специалистов к должностному росту отчасти обусловлен трудом с элементами творчества, благодаря чему карьерная мотивация у них не преобладает. Но то, что 63,3% врачей и 50% медсестер не имели квалификационной категории, говорит о наличии серьезных проблем в организации самой системы должностного роста.

Сформирован сводный индикатор, позволивший выделить две группы специалистов — с высокой, а также средней и низкой ГПКМ. В группу с высокой ГПКМ включены респонденты, отметившие как минимум 1 из 3 индикаторов вышеназванных личных качеств (в анкете позволялось отметить несколько пунктов). Она составила треть всех опрошенных (34,7%), у врачей — почти 45%, у медсестер — 27,4%.

Различие установок на ПКМ отразилось в оценке факторов привлекательности работы в данной организации, которые удерживают на ней респондентов. Важность их рассмотрения обусловлена в том числе тем, что абсолютное большинство специалистов не настроены на смену работы. Распределение этих оценок у врачебного и сестринского персонала по указанным двум группам представлено в табл. 1.

Среди факторов привлекательности работы самые рейтинговые (табл. 1) отражают специфику бюджетных организаций и женских коллективов (медицина сильно феминизирована). В число позитивных «бюджетных» факторов входят стабильность рабочего места и оплата труда, которые получили наиболее высокие оценки. Однако размер зарплат трудно отнести к достоинствам бюджетного сектора, о чем говорят невысокие оценки их размера у врачей и весьма низкие — у медсестер. Поэтому в подработках участвуют 51,6% врачебного и 37,7% сестринского персонала, а еще 9 и 16,8% соответственно хотели бы подрабатывать. Опросом также подтверждено, что женщины больше, чем мужчины, ценят отношения в коллективе, близость работы к дому, а также ее режим (большой частью у медсестер).

Поскольку рейтинг оплаты труда как фактора привлекательности работы сравнительно невысок, рассмотрены оценки недовольства ею в аспекте размера и справедливости (соответствия трудовому вкладу) (табл. 2).

Общность оценок специалистов обеих категорий состоит, во-первых, в том, что недовольство справедливостью оплаты труда в основном выше, чем ее размером (табл. 2). Во-вторых, у кадров с высокой ГПКМ оценки по обоим индикаторам преобладают над оценками респондентов с низкой и средней ГПКМ. Но медсестер в большей степени, чем врачей, не устраивает и размер оплаты труда, и ее справедливость. На это, прежде всего, повлияли заметно меньшие заработки медсестер, которые не только негативно отражаются на уровне жизни, но и признаны многими из них мало обоснованными.

Поскольку повысить справедливость оплаты труда призваны стимулирующие выплаты, то респондентам был задан вопрос, стимулируют ли они качество и результаты работы. Свыше 70% врачей и 50% медсестер дали этим выплатам позитивную оценку. Но по негативным оценкам выявлены сильные групповые различия: опрошенные из группы с высокой ГПКМ давали их в 1,6—1,7 раза чаще, чем в группе с низкой и средней ГПКМ. В этой связи у респондентов также выяснялось, от чего, прежде всего, данные выплаты зависят (табл. 3).

Самый высокий рейтинг важности получил фактор качества и результатов работы (табл. 3), поэтому можно сказать, что стимулирующие выплаты в значительной степени отвечают своему предназначению (в большей мере у врачей, чем у медсестер). Однако по комментариям к ответам ряда респондентов, даже давших высокую оценку этому фактору, можно понять, что применяемые показатели качества и результатов работы вызывают серьезные нарекания.

Таблица 2

Распределение респондентов по уровню удовлетворенности размером оплаты труда и ее справедливости, %

Группа	Не удовлетворены размером оплаты труда	Считают, что оплата труда меньше трудового вклада
Врачи		
с высокой ГПКМ	21,12	27,8
с низкой и средней ГПКМ	17,5	23,7
Медсестры		
с высокой ГПКМ	40,3	35,4
с низкой и средней ГПКМ	26,7	32,6

Таблица 3

Выбор респондентами наиболее важных факторов, от которых зависят стимулирующие выплаты, % к итогу*

Факторы, от которых зависят стимулирующие выплаты	Врачи		Медсестры	
	высокая ГПКМ	низкая и средняя ГПКМ	высокая ГПКМ	низкая и средняя ГПКМ
Квалификационная категория	32,1	20,6	31,3	21,1
Качество и результаты работы	68,9	64,1	52,5	51,2
Непрерывный стаж работы	21,7	20,6	13,8	14,6
Мнение пациентов	16,0	16,0	7,5	12,2
Мнение непосредственного руководства	27,4	35,3	36,3	26,3
Мнение вышестоящего руководства	34,1	30,5	38,8	32,4
Затруднились ответить	12,3	13,7	17,5	18,3

Примечание. *Итог больше 100%, т. к. респонденты могли отметить несколько пунктов.

Второе и 3-е места разделили мнения руководства. Эти мнения либо не свободны от субъективизма (у непосредственных руководителей), либо недостаточно обоснованы (у вышестоящего руководства, отвечающего за составление инструкций по стимулирующим выплатам). И у врачебного, и у сестринского персонала с высокой ГПКМ более весомым, чем у их коллег, оказалось мнение вышестоящих руководителей, а значит, большими являются нарекания к инструкциям. Но врачи в этой группе менее склонны считать субъективным мнение непосредственного руководства, тогда как медсестры придают ему существенное значение.

На 4-е место (в среднем) вышла квалификационная категория, учитываемая в составе показателей стимулирующих выплат. Будучи аналогом месячной премии, начисляемой в процентах к базовому окладу (ставке), они должны зависеть от оклада, а он, в свою очередь, прежде всего, зависит от категории специалиста. Тот факт, что у кадров с высокой ГПКМ данному фактору придается гораздо большее значение, означает, что, по их мнению, роль этого фактора либо преувеличена (тем более что среди врачей с высокой ГПКМ не имеют категории 68,6%, а с низкой и средней — 58,8%), либо они рассчитывают на ее повышение.

Отвечая на вопрос, какую часть оплаты труда следует повысить в первую очередь, абсолютное большинство (около 80%) врачей и медсестер назвали базовый оклад (только его или вкуче с другими выплатами). Его размер, по их мнению, слабо компенсируется стимулирующими выплатами, которые должны выполнять другую функцию — повышать стимуляционный эффект заработной платы. Вместе с тем обе категории персонала с высокой ГПКМ дали ему более низкую оценку, чем специалисты с низкой и средней ГПКМ. Зато по оценке важности стимулирующих выплат (ее отметили около 17% врачей и 14% медсестер) кадры с высокой ГПКМ оказались, наоборот, в лидерах, что говорит об их большей заинтересованности в справедливой оплате труда за счет качества и результатов их работы.

Таблица 4

Распределение респондентов-медсестер с разными намерениями в отношении смены места работы по удовлетворенности работой в данной организации, %

Планировали сменить работу	Устраивает ли работа				Итого
	вполне	скорее устраивает	не устраивает	затруднились с ответом	
Нет	57,1	32,9	1,0	9,0	100
Да	14,9	37,5	25,1	22,5	100
Затруднились ответить	10,3	53,1	10,1	26,5	100
В среднем	43,8	36,8	5,7	13,7	100

У врачей с высокой ГПКМ при их большем недовольстве разными сторонами работы, тем не менее, выявлены сильные установки на стабильную занятость (77% из них не желают менять работу). При этом они примерно такие же, как у их коллег с низкой и средней ГПКМ (77,3%). А у медсестер с высокой ГПКМ нежелание менять работу выразили 66% против 73% респондентов с низкой и средней ГПКМ. Поэтому проблема потенциальной текучести сестринского персонала стоит острее.

Установки медсестер на трудовую мобильность

Намерены сменить место работы 13% медсестер, не намерены — 70%, в том числе 5% не могут или не надеются найти другую работу (остальные 17% затруднились ответить). Численность готовых уволиться значительно различается по включенным в выборку опроса конкретным организациям, колеблясь от 5 до 26%, что говорит о высокой значимости внутрифирменных условий труда. Данные о зависимости потенциальной текучести от общей удовлетворенности работой отражены в табл. 4.

Среди стабильных кадров (не желающих менять работу) недовольных работой практически нет: 57% полностью ею довольны, еще треть — с теми или иными оговорками (табл. 4). Но четверть респондентов, планировавших уход, работа не устраивала, только около 15% ею вполне удовлетворены, а 38% — частично. О связи установок на ТМ с удовлетворенностью размером оплаты труда говорят данные табл. 5.

Большинство планировавших сменить место работы или затруднившихся ответить недовольны оплатой труда (табл. 5). В то же время подавляющая часть стабильных респондентов, напротив, оплатой труда в той или иной мере удовлетворена (74%), а не-

Таблица 5

Распределение респондентов-медсестер с разными намерениями в отношении смены места работы по удовлетворенности размером оплаты труда, %

Планировали сменить работу	Удовлетворяет ли размер оплаты труда		
	вполне	скорее удовлетворяет	не удовлетворяет
Нет	22,1	51,9	26,0
Да	6,1	24,2	69,7
Затруднились ответить	7,3	36,6	56,1
В среднем	17,6	45,9	36,5

Таблица 6

Распределение респондентов-медсестер с разными намерениями в отношении смены места работы по оценкам соответствия оплаты труда трудовому вкладу, %

Планировали сменить работу	Оплата труда		
	выше трудового вклада	соответствует	ниже трудового вклада
Нет	1,8	64,4	33,7
Да	6,9	27,6	65,5
Затруднились ответить	2,6	26,3	71,1
В среднем	2,7	53,5	43,8

Таблица 7

Распределение респондентов-медсестер с разными намерениями в отношении смены места работы по загруженности работой, %

Планировали сменить работу	Загруженность работой:		
	нормальная, в меру сил	сильная, очень уставали	чрезмерная, на пределе сил
Нет	40,8	45,5	13,7
Да	22,5	42,5	35,0
Затруднились ответить	16,7	54,1	29,2
Итого...	34,4	46,5	19,1

довольны — только 26%. Несколько иная связь выявлена между готовностью к ТМ и оценками справедливости заработков (табл. 6).

Доминирующая часть готовых уволиться была не согласна с оценкой соответствия заработков трудовому вкладу, считая их заниженными (табл. 6). Доля давших аналогичную оценку среди затруднившихся ответить еще больше. Таким образом, группы нестабильных респондентов считают, что им явно недоплачивают. Но среди стабильных кадров доля полагающих, что их работа оплачивается несправедливо, тоже значительна, хотя они не рассматривали недоплату причиной для увольнения, либо не верили, что смогут найти более подходящую работу.

Большинство, а именно 78% планировавших увольнение оценивали свою загруженность на работе как избыточную, в том числе 35% работали «на износ» (табл. 7).

Больше всего сверхзагруженных работой — в группе затруднившихся с ответом (табл. 7). Части колеблющихся за перегрузку доплачивают, что заставляет мириться с переработками. Схожая ситуация и у медсестер, не планировавших уход, среди них также очень высока доля работавших с чрезмерной нагрузкой. Трудились в меру своих сил 41% стабильных кадров, а среди готовых уйти — только 22%. Таким образом, если чрезмерная нагрузка не компенсировалась в должной мере заработками, нарушался «зыбкий» баланс между интенсивностью труда и его оплатой, росла неудовлетворенность работой и, как следствие, формировались установки на поиск более приемлемого места работы (в частности, с

Таблица 8

Распределение респондентов-медсестер с разными намерениями в отношении смены места работы по оценкам условий труда, %

Планировали сменить работу	Условия труда		
	нормальные	не очень хорошие	плохие
Нет	68,5	27,1	4,4
Да	23,1	48,6	28,3
Затруднились ответить	35,4	41,6	23,0
В среднем	57,2	32,2	10,4

меньшей нагрузкой на основной работе и возможностью подработок).

Следующий важный фактор, влияющий на закрепление кадров, — условия труда (тяжесть, шум, не надлежащий температурный режим и др.), за которые не положены соответствующие компенсационные выплаты и льготы. Согласно результатам опроса эти условия труда также сильно влияли на планы медсестер относительно продолжения работы в данной организации (табл. 8).

Около 80% медсестер, ориентированных на уход с текущей работы, не удовлетворены условиями труда (табл. 8), в том числе 28% полагали, что они заняты в плохих условиях. Высокая доля недовольных оказалась и среди определившихся с планами смены работы (таковых 65%). Большинство же респондентов, которые не хотели менять работу, напротив, трудились в нормальных условиях.

К числу важнейших факторов, мотивирующих работника держаться за рабочее место, относится возможность профессиональной реализации. Начиная с доли медсестер, которые планировали уйти или затруднились сказать о своих планах, оценивали свою квалификацию выше той работы, которую они выполняли, что объясняется помимо прочего необходимостью выполнять работу дефицитного младшего медперсонала. Медсестры, не планировавшие уход, напротив, в большинстве (82%) занимались работой, которая соответствовала им как специалистам.

Чтобы выявить весь комплекс значимых факторов текучести кадров, респондентам задавался альтернативный вопрос: «Что удерживает Вас в данной



Рис. 2. Распределение респондентов-медсестер по оценкам значимых причин, удерживающих в данной организации, % к группе с разными намерениями в отношении смены работы.

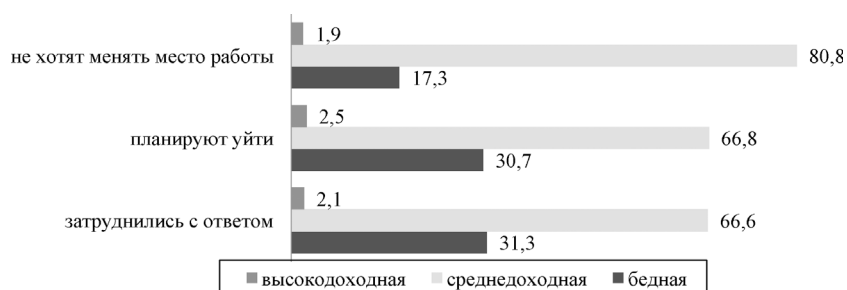


Рис. 3. Распределение респондентов-медсестер с разными намерениями в отношении смены места работы по уровню благосостояния, % к доходной группе.

организации?». Значительное число характеристик, по которым обычно определяется привлекательность места работы, респонденты оценили схожим образом вне зависимости от намерений в отношении смены места работы (отношения в коллективе, режим работы, возможности профессионально-квалификационного роста и др.). Тем не менее три фактора, а именно стабильность рабочего места, стабильность оплаты труда, а также близость работы к дому, играли важную роль в построении планов ТМ (рис. 2).

Для определившихся с увольнением медсестер стабильность рабочего места и выплаты заработной платы не играют удерживающей роли (рис. 2). Для них важнее близость работы к месту жительства, что для Москвы с ее расстояниями — значимый фактор.

Исследовалась также, в какой мере ощущалась потребность медсестер в достойном заработке с точки зрения обеспечения благосостояния (рис. 3). Более склонны к уходу респонденты из бедных (по субъективной оценке) семей, доходы в которых идут в основном на питание, и не всегда их хватает в достаточной мере.

Аналогичные выводы касаются тех, кто затруднился с ответом. Две трети планировавших уход относятся к среднедоходным группам, в том числе у 38% опрошенных медсестер средств хватает на одежду и обувь, но покупка основной бытовой техники вызывает затруднения. То есть они также были очень заинтересованы в заработке. Для сравнения: крайне нуждались в денежных средствах только 17% не намеренных менять место работы, и в какой-то мере они имели возможность зарабатывать.

Более мобильна также молодежь (до 25 лет) и опытные медсестры с достаточно высоким квалификационным потенциалом, позволяющий найти подходящую вакансию и трудоустроиться на нее.

Выводы

Исследование показало, что активными установками на профессионально-квалификационный рост обладает меньшая, но не маленькая часть врачебного и сестринского персонала. Его реакция на разные стороны трудовой ситуации является более острой, и корректировка должна опираться, прежде всего, на оценки этих специалистов. Их нарекания к справедливости оплаты труда в основном превосходят

недовольство ее размером. К потенциальной текучести более склонны медсестры, у активной части которых неудовлетворенность размером заработков выше недовольства ее справедливостью из-за низкого уровня базовых окладов. Их желание сменить место работы вызвано высокой трудовой нагрузкой, не компенсируемой дополнительными выплатами.

Заключение

Несмотря на меры по повышению оплаты труда специалистов в сфере здравоохранения на основе указов президента, ее оценки этими кадрами далеко не всегда положительные. Сказанное относится к размеру заработка и, в особенности, к его соответствию трудовому вкладу, что негативно влияет на ГПКМ и провоцирует желание сменить работу. Согласно оценкам специалистов следует повышать величину и базового оклада, и стимулирующих выплат, меняя величину и структуру оплаты труда за счет повышения доли этих выплат. Необходимо также улучшить их методическое обеспечение, усилив роль головной организации. Для предотвращения текучести и дефицитного сестринского персонала важно ограничить практику «оптимизации» персонала за счет повышения трудовой нагрузки, не всегда сбалансированной с материальным вознаграждением. Продолжение данной практики чревато ростом дефицита медсестер. Поскольку доли активной части персонала и его оценки разных аспектов оплаты труда сильно варьируют в разных организациях, важно распространять позитивный опыт эффективных организаций.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронина Н. Д., Зангиева И. К. Установки работников на внутрифирменное взаимодействие в сфере социально-трудовых отношений. *Экономическая социология. Электронный журнал*. 2011;12(5):72—90. Режим доступа: <http://www.ecsoc.hse.ru/>
2. Рудалева И. А., Кабашева И. А. Факторы удовлетворенности трудом работников организации. *Фундаментальные исследования*. 2014;(11-4):872—6.
3. Namkee A., Garsia J. R. Job satisfaction in Europe. FEDEA. D. T. 2004-016. Режим доступа: <http://www.fedea.es/hojas/publicaciones.html#Documentos>
4. Токсанбаева М. С. Масштабы, факторы и мотивы мобильности и стабильности на рынке труда. *Уровень жизни населения регионов России*. 2019;(2):35—42.
5. Ходосевич А. С. Внутренние конфликты личности персонала как причина текучести кадров. *В мире научных открытий*. 2010;(6-2):225—8.
6. Коленникова О. А. Обновление кадрового состава медучебных столичного здравоохранения. *Труды научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента*. 2019;(1):44—6.
7. Темницкий А. Л. Феномен справедливости в оплате труда медицинских работников. *Мир России. Социология. Этнология*. 2017;26(3):64—89.
8. Rescher N. Fairness: theory and practice of distributive justice. New Brunswick and London: Transaction Publishers; 2002.
9. Донцов В. Г. Материальный фактор формирования мотивации к полезному труду у работников здравоохранения. *Вестник новых медицинских технологий*. 2013;20(4):142—5.

10. Александрова О. А., Комолова О. А. Реформа здравоохранения: руководители медучреждений на острие проблем (часть вторая). *Народонаселение*. 2019;22(1):79—91.
11. Долженкова Ю. В., Полевая М. В., Руденко Г. Г. Новая система оплаты труда в бюджетном здравоохранении: анализ практики и проблемы внедрения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(4):452—8.
12. Чирикова А. Е., Шишкин С. В. Эффективный контракт и мотивация: способны ли реформы улучшить работу российских врачей? *Социологические исследования*. 2019;(5):36—44.

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Voronina N. D., Zangiyeva I. K. Attitudes of employees to intra-firm interaction in the sphere of social and labor relations. *Ekonomicheskaya sotsiologiya. Elektronnyy zhurnal*. 2011;12(5):72—90. Available at: <http://www.ecsoc.hse.ru/> (in Russian).
2. Rudaleva I. A., Kabasheva I. A. Job satisfaction of employees of organizations. *Fundamental'nyye issledovaniya*. 2014;(11-4):872—6 (in Russian).
3. Namkee A., Garsia J. R. Job satisfaction in Europe. FEDEA. D. T. 2004-016. Available at: <http://www.fedea.es/hojas/publicaciones.html#Documentos>
4. Toksanbayeva M. S. The scale, factors and mobility and stability motives in the labour market. *Uroven' zhizni naseleniya regionov Rossii*. 2019;(2):35—42 (in Russian).
5. Khodosevich A. S. Personal introceptive conflicts of personnel as a reason of labour mobility. *V mire nauchnykh otkrytiy*. 2010;(6-2):225—8 (in Russian).
6. Kolennikova O.A. Renewal of medical staff at Moscow healthcare. *Trudy nauchno-issledovatel'skogo instituta organizatsii zdravookhraneniya i meditsinskogo menedzhmenta*. 2019;(1):44—6 (in Russian).
7. Temnitsky A. L. The phenomenon of justice in the labour remuneration of medical workers. *Mir Rossii. Sotsiologiya. Etnologiya*. 2017;26(3):64—89 (in Russian).
8. Rescher N. Fairness: theory and practice of distributive justice. New Brunswick and London: Transaction Publishers; 2002.
9. Dontsov V. G. Material factor in the formation of motivation for the useful work of health workers. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy*. 2013;20(4):142—5 (in Russian).
10. Aleksandrova O. A., Komolova O. A. Health reform: heads of health care at the edge of problems (part two). *Narodonaseleniye*. 2019;22(1):79—91 (in Russian).
11. Dolzhenkova Yu. V., Polevaya M. V., Rudenko G. G. The new system of remuneration of labor in budget health care: analysis of practice and problems of implementation. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):452—8 (in Russian).
12. Chirikova A. E., Shishkin S. V. Effective contract and motivation: can reforms improve the work of Russian doctors? *Sotsiologicheskiye issledovaniya*. 2019;(5):36—44 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2020
УДК 312.2: 613.81

Семенова В. Г., Иванова А. Е., Сабгайда Т. П., Зубко А. В., Евдокушкина Г. Н., Гаврилова Н. С., Запорожченко В. Г.
ЭВОЛЮЦИЯ ПОТЕРЬ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКВЫ ОТ ПОВРЕЖДЕНИЙ С НЕОПРЕДЕЛЕННЫМИ НАМЕРЕНИЯМИ В 2000-е ГОДЫ

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

Проблема корректности статистического учета смертности в России, особенно в кризисные периоды, является крайне актуальной. Остро в 2000-е гг. она стояла и в Москве: до недавнего времени столица была абсолютным аутсайдером по этому критерию. Цель статьи — выявление специфики эволюции и структуры смертности трудоспособного населения Москвы от наиболее закрытого блока внешних причин — повреждений с неопределенными намерениями на фоне процессов, происходящих в России. В статье проанализирована смертность населения Москвы младших и старших трудоспособных возрастов от данной группы причин в 2000-е гг., а также ее нозологические аспекты в 2011—2018 гг., когда это позволило разработать причины смерти Росстата в соответствии с краткой номенклатурой. Выявлено резкое снижение показателей в 1999—2000 гг. и их рост в 2015—2017 гг. Показано, что эти сдвиги обусловлены всеми ведущими инцидентами с неопределенными намерениями (падениями/прыжками с высоты, повешениями/удушениями, лекарственными, алкогольными и наркотическими отравлениями, уточненными и неуточненными повреждениями, а также лекарственными, алкогольными и наркотическими отравлениями. Вследствие этого структура смертности после 2015 г. заметно изменилась за счет резкого увеличения значимости алкогольных, лекарственных и, особенно, наркотических отравлений. Особо следует указать на существенно бóльшую, чем в целом в России, значимость латентных суицидов во всех половозрастных группах трудоспособного населения Москвы в 2010-е гг.

Ключевые слова: смертность населения Москвы; трудоспособное население; повреждения с неопределенными намерениями.

Для цитирования: Семенова В. Г., Иванова А. Е., Сабгайда Т. П., Зубко А. В., Евдокушкина Г. Н., Гаврилова Н. С., Запорожченко В. Г. Эволюция потерь трудоспособного населения Москвы от повреждений с неопределенными намерениями в 2000-е годы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1075—1080. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1075-1080>

Для корреспонденции: Семенова Виктория Георгиевна, аналитик ГБУ НИИОЗММ ДЗМ; e-mail: vika-home@yandex.ru

Semyonova V. G., Ivanova A. E., Sabgayda T. P., Zubko A. V., Evdokushkina G. N., Gavrilova N. S., Zaporozhchenko V. G.

EVOLUTION OF LOSS DUE TO EVENT OF UNDETERMINED INTENT AMONG THE MOSCOW WORKING-AGE POPULATION IN THE 2000s

State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of MoscowHealthcare Department”, 115088 Moscow, Russian Federation

Accuracy of statistical registration of mortality in Russia, especially in times of crisis, is a pressing and relevant issue; this problem was challenging Moscow in the 2000s: until recently, the capital was a complete outsider in terms of accuracy of statistical registration of mortality. The purpose of the study was to identify peculiar features of evolution and the structure of mortality from an event of undetermined intent among Moscow working-age population in the 2000s against the background of the processes taking place in Russia. The article analyzes mortality from an event of undetermined intent among Moscow population of young and old working age in the 2000s, as well as its nosological aspects in 2011—2018, when certain events of undetermined intent were separated as individual nosological units. A sharp decline in indicators in 1999—2000 and their growth in 2015—2017 have been identified. It is shown that these shifts were due to all leading events of undetermined intent (falls/jumps from a high place, hanging/strangulation/suffocation, medicament, alcohol and drug poisoning as well as specified and unspecified events). As a result, the structure of mortality after 2015 has significantly changed due to a sharp increase in the significance of alcohol, medicament and especially drug poisoning. It should be emphasized that in the 2010s the significance of latent suicide in all age and gender groups of Moscow working-age population is significantly higher than in Russia.

Keywords: Moscow population mortality; working-age population; event of undetermined intent.

For citation: Semyonova V. G., Ivanova A. E., Sabgayda T. P., Zubko A. V., Evdokushkina G. N., Gavrilova N. S., Zaporozhchenko V. G. Evolution of loss due to event of undetermined intent among the Moscow working-age population in the 2000s. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1075—1080 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1075-1080>

For correspondence: Semyonova Victoria Georgievna, analyst of State Budgetary Institution “Research Institute of the Organization of Health Care and Medical Management of the Moscow City Health Department”, 9 Sharikopodshipnikovskaya str., Moscow, Russian Federation, 115088; e-mail: vika-home@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020

Проблема корректности учета потерь в России в последние годы приобрела особую актуальность. Крайне остро в 2000-е гг. она стояла в Москве: до недавнего времени столица была абсолютным аутсайдером по этому критерию [1—5].

Может показаться, что в настоящее время эта проблема, особенно в контексте травм и отравлений, отходит на второй план, уступая место проблемам инфекционной и респираторной смертности. Однако даже в краткосрочной перспективе такой подход

представляется ошибочным: пандемия в любой стране не может не обернуться значительными экономическими потерями, и, следовательно, снижением жизненного уровня населения. Как показал постсоветский опыт нашей страны, социально-экономические издержки обостряют поведенческие факторы риска, что, в свою очередь, не может не привести к росту смертности населения, прежде всего трудоспособных возрастов, от внешних причин [6—8]. В условиях ограниченных экономических ресурсов крайне важной представляется разработка системы мер, направленных на снижение этих рисков, которая может быть эффективной только на основе детальной и конкретной информации о приоритетных причинах смерти, что, в свою очередь, становится невозможным при высокой значимости неконкретных размытых причин смерти.

Поэтому целью настоящей статьи является выявление специфики эволюции и структуры смертности трудоспособного населения Москвы от наиболее закрытого блока внешних причин — повреждений с неопределенными намерениями (ПНН) на фоне процессов, происходящих в России.

Материалы и методы

В ходе исследования были использованы данные Росстата, рассчитанные в системе «ФАИСС-Потенциал». Используются возрастные и стандартизованные (европейский стандарт возрастной структуры населения) показатели по причинам смерти в соответствии с МКБ-10.

Результаты

ПНН представляют особый интерес, т. к. «этот блок включает случаи, когда доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждений» АВТОРАМ: УКАЗАТЬ ИСТОЧНИК. Помимо латентных убийств и самоубийств, в этот блок входят такие социально значимые инциденты, как отравления алкоголем (Y15) и наркотиками (Y12).

Проведенные ранее исследования показали, что динамика смертности населения Москвы от ПНН принципиально отличалась от изменения потерь населения России. Так, в 1990-е гг. Москва являлась российским аутсайдером по этому показателю, входя в пятерку худших регионов России по смертности трудоспособного населения от этих размытых причин. Однако в 1999—2000 гг., т. е. за год, смертность от этих причин синхронно снизилась у москвичей и младших (20—39 лет) и старших (40—59 лет) возрастных групп, и у мужчин, и у женщин, в 2,3 раза, на фоне эволюционных изменений в России (снижение на 1,8 и 2,5% у мужчин и на 4,9 и 4,1% у женщин соответственно), вследствие чего московские показатели, в 1999 г. превышавшие российские кратно во всех половозрастных группах трудоспособного насе-

ления, в 2000 г. оказались ниже российских показателей.

Снижение смертности московского населения младших трудоспособных возрастов продолжалось в первой половине 2000-х гг., сменившись незначительным ростом в 2006—2007 гг. В 2010—2015 гг. наблюдалась стабилизация показателей 20—39-летнего населения Москвы на достаточно низких уровнях. Среди населения Москвы старших трудоспособных возрастов (40—59 лет) позитивные процессы продолжались до середины 2010-х гг.

Вследствие подобной динамики в 2015 г. в Москве сформировался 2-кратный выигрыш смертности 20—39-летних москвичей и 77,8% — москвичек и, соответственно, 2,9- и 2,3-кратный — у московского населения 40—59 лет по сравнению с их российскими ровесниками.

Однако после 2015 г. в Москве начали формироваться негативные тенденции смертности, вследствие чего в последние годы исследования смертность 20—39-летнего населения Москвы от ПНН выросла на 63,3 и 53,7% против 9,3 и 4,2% снижения в России, 40—59-летних москвичей — на 55,3 и 49,2% против 4,3 и 2,25% снижения соответственно. Это привело к сокращению выигрыша Москвы по сравнению с Россией до 19,4 и 10,8% у 20—39-летнего населения столицы и до 81,1 и 52,3% — у москвичей 40—59 лет.

Особо подчеркнем, что в 2017—2018 гг. в Москве наметилось снижение смертности трудоспособного населения от ПНН, однако делать выводы, является ли этот сдвиг случайным или же это — начало формирования позитивных тенденций, сейчас явно преждевременно.

Можно констатировать, что динамика смертности от ПНН трудоспособного населения Москвы характеризуется явной спецификой: в России в первой половине 2000-х гг. отмечался незначительный рост показателей, после 2005 г. — достаточно устойчивые, хотя и слабо выраженные позитивные тенденции.

Возникает вопрос: какими же причинами обусловлена эта специфика столицы? Ведь, как уже указывалось, в этот блок входили практически все инциденты с пометкой «с неопределенными намерениями».

К сожалению, отдельные нозологические единицы, входящие в этот блок, были выделены в краткой номенклатуре причин смерти, принятой в России, только в 2011 г. Это позволяет проанализировать этот блок в нозологическом контексте только в период с 2011 до 2018 г. При этом будут выделены реперные для Москвы точки — 2015 и 2017 гг.: как уже отмечалось, в 2017 г. смертность трудоспособного населения Москвы от ПНН неожиданно стала снижаться.

Сразу укажем, что потери трудоспособного населения Москвы от ПНН в 2010-е гг. были обусловлены в первую очередь такими инцидентами, как падение, прыжок или столкновение с высоты (Y30), повешение, удушение и удушение (Y20), контакты с острым и тупым предметом (Y28, Y29), уточненные и

неуточненные ПНН (Y33–Y34). Кроме того, безусловный интерес представляют такие несущие социальную нагрузку причины, как отравления наркотиками (Y12) и алкоголем (Y15), а также лекарственные отравления (Y10–Y11, Y13–Y14) с неопределенными намерениями как латентный резервуар суицидов.

Отмеченными инцидентами определялось около 90% потерь от ПНН трудоспособного населения столицы и около 80% — России.

Из таблицы видно, что негативные сдвиги в Москве в 2015—2017 гг. по сравнению с предшествующим пятилетием (2011—2015 гг.) во всех половозрастных группах трудоспособного населения имеют достаточно сложную нозологическую конфигурацию.

Так, ситуация с повешениями с неопределенными намерениями (Y20) у москвичей в 2015—2017 гг. явно ухудшилась по сравнению с 2011—2015 гг.: среднегодовые темпы роста показателей у 20—39-летних выросли с 8,7 до 12,5%, у 40—59-летних — с 2,2 до 13% на фоне замедления их в России (с 11,7 до 0,3% и с 10,7 до 1,5% соответственно). У москвичек же складывалась обратная ситуация: среднегодовые темпы роста показателей сократились с 66,7 и 53,3% до 2,6% у 20—39-летних и стабилизации у 40—59-летних, что совпадало с российскими трендами (от среднегодового роста на 8,3% до стабилизации у 20—39-летних и от роста на 16% до сокращения на 3,7% у 40—59-летних).

Относительно падения/прыжка с высоты (Y30) тренды этих инцидентов различны у московского населения младших и старших трудоспособных возрастов: если у 20—39-летних ситуация явно ухудшилась, о чем свидетельствует ускорение среднегодовых темпов роста с 5,9 и 6,2% до 12,5 и 7,8% соответственно, то среди 40—59-летних наблюдалось улучшение ситуации: так, у мужчин среднегодовой рост показателей на 3,3% сменился среднегодовым снижением на 0,5%, у женщин темпы роста сократились с 2,9 до 2,1% в год. Отметим, что в России улучшение ситуации отмечалось для всего трудоспособного населения, причем если в младших трудоспособных возрастах наблюдалось сокращение темпов роста, то в старших — смена негативных тенденций на позитивные.

Крайне интересно, что ситуация с контактами с острым и тупым предметами с неопределенными намерениями (Y28, Y29) в Москве ухудшилась принципиально: во всех половозрастных группах трудоспособного населения произошла смена позитивных тенденций на негативные: среди 20—39-летних среднегодовое снижение на 4,9 и 14,3% сменилось ростом на 20,2 и 2,2%, среди 40—59-летних — снижение на 3,3 и 5,7% сменилось ростом на 18,2 и 33,3%. При этом в России ухудшение ситуации, выразившееся в сокращении среднегодовых темпов снижения показателей с 2,6% до 1,7%, отмечалось только у 20—39-летних женщин, во всех остальных половозрастных группах наблюдалась смена негативных трендов на позитивные.

Смертность трудоспособного населения Москвы и России от ПНН в 2011—2018 гг. (стандартизованный коэффициент на 100 тыс. населения)

ПНН (Y33—Y34)	2011		2015		2017		2018	
	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.
Москва, население 20—39 лет								
ПНН, всего	23,4	4,4	24,0	5,4	39,3	9,0	39,2	8,3
лекарственные отравления (Y10—Y11, Y13—Y14)	0,1	0,1	0,2	0,0	1,0	0,5	0,9	0,3
отравления наркотиками (Y12)	0,3	0,1	0,3	0,0	3,2	0,7	3,3	0,3
отравления алкоголем (Y15)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,5	0,1
повешение/удавление (Y20)	3,9	0,3	5,6	1,3	7,7	1,4	7,0	1,1
контакты с острым и тупым предметом (Y28, Y29)	5,7	0,7	4,3	0,2	6,9	0,9	8,1	1,0
падение/прыжок с высоты (Y30)	6,8	2,6	8,8	3,4	12,1	4,2	12,5	4,6
уточненные и неуточненные повреждения (Y33—Y34)	3,5	0,4	2,0	0,1	1,9	0,2	2,5	0,1
Россия, население 20—39 лет								
ПНН, всего	48,6	10,0	51,6	9,6	48,2	9,3	46,8	9,2
лекарственные отравления (Y10—Y11, Y13—Y14)	0,8	0,4	1,1	0,5	0,9	0,5	0,7	0,4
отравления наркотиками (Y12)	2,9	0,5	3,4	0,5	4,5	0,7	4,2	0,6
отравления алкоголем (Y15)	2,0	0,4	3,0	0,7	2,4	0,5	2,5	0,4
повешение/удавление (Y20)	7,7	1,2	12,2	1,7	12,3	1,7	11,5	1,7
контакты с острым и тупым предметом (Y28, Y29)	12,2	2,3	12,3	2,0	10,3	1,9	10,5	2,0
падение/прыжок с высоты (Y30)	2,8	1,0	4,0	1,2	4,0	1,3	4,1	1,5
уточненные и неуточненные повреждения (Y33—Y34)	9,8	1,8	4,5	0,7	3,0	0,6	3,1	0,6
Москва, население 40—59 лет								
ПНН, всего	25,6	5,5	24,6	5,9	36,4	9,4	38,2	8,8
лекарственные отравления (Y10—Y11, Y13—Y14)	0,1	0,0	0,2	0,1	0,7	0,5	0,3	0,2
отравления наркотиками (Y12)	0,1	0,0	0,1	0,0	2,2	0,3	1,2	0,5
отравления алкоголем (Y15)	0,3	0,0	0,1	0,0	2,1	0,3	1,4	0,2
повешение/удавление (Y20)	3,7	0,3	4,1	1,1	5,7	1,1	6,6	0,8
контакты с острым и тупым предметом (Y28, Y29)	9,0	1,4	7,5	1,0	11,6	2,0	14,3	2,4
падение/прыжок с высоты (Y30)	5,5	2,8	6,4	3,2	6,3	3,4	7,7	3,4
уточненные и неуточненные повреждения (Y33—Y34)	3,8	0,6	3,3	0,3	2,3	0,3	2,2	0,5
Россия, население 40—59 лет								
ПНН, всего	69,0	12,8	72,3	13,7	69,0	13,1	69,2	13,4
лекарственные отравления (Y10—Y11, Y13—Y14)	0,4	0,3	0,5	0,3	0,6	0,4	0,5	0,3
отравления наркотиками (Y12)	0,4	0,0	0,8	0,0	1,6	0,1	1,5	0,2
отравления алкоголем (Y15)	5,1	1,1	8,1	1,7	7,4	1,6	7,4	1,6
повешение/удавление (Y20)	7,3	1,0	11,2	1,8	11,7	1,6	11,6	1,5
контакты с острым и тупым предметом (Y28, Y29)	23,7	3,8	24,4	4,0	23,5	3,9	23,9	4,3
падение/прыжок с высоты (Y30)	2,5	1,0	3,3	1,3	3,1	1,2	3,4	1,2
уточненные и неуточненные повреждения (Y33—Y34)	16,6	2,9	9,9	1,5	7,1	1,2	6,3	1,2

Примечание. м. — мужчины, ж. — женщины.

Ухудшение ситуации в Москве с уточненными и неуточненными ПНН (Y33–Y34) затронула все половозрастные группы трудоспособного населения, кроме 40—59-летних мужчин, среди которых среднегодовые темпы снижения показателей увеличились с 2,6 до 10,1%. У 20—39-летних мужчин среднегодовые темпы позитивных тенденций сократились с 8,6 до 1,7%, у их ровесниц — среднегодовое снижение на 15% сменилось ростом на 33,3%. У 40—59-лет-

них женщин снижение показателей на 10% сменилось их стагнацией. Отметим, что в России позитивные тенденции 2011—2015 гг. сохранились и в 2015—2017 гг., однако если среди мужчин трудоспособных возрастов наблюдалось ускорение позитивных трендов, то у женщин — их замедление.

Что касается разного рода отравлений, то количественный анализ изменения ситуации в Москве до 2015 г. представляется затруднительным: в этот период соответствующие показатели, как правило, имели нулевые значения, поэтому следует указать, что резко возросший в последние годы уровень потерь от этих причин свидетельствует о принципиальном изменении подходов к их оценке. При этом следует отметить, что если у населения старших трудоспособных возрастов ярко выражен пик смертности от алкогольных, наркотических, лекарственных отравлений отмечен в 2017 г. с резким снижением показателей в 2018 г., то у 20—39-летних в 2018 г. рост смертности продолжился (таблица).

В России, где уровень потерь трудоспособного населения от отравлений с неопределенными намерениями в 2011—2015 гг. был существенно выше московского, следует отметить улучшение ситуации с лекарственными и алкогольными отравлениями на фоне заметного роста смертности от наркотических отравлений (таблица).

Таким образом, можно констатировать, что ухудшение ситуации в Москве с ПНН в 2015—2017 гг. по сравнению с предшествующим пятилетием у лиц младших трудоспособных возрастов обусловлен всеми ведущими инцидентами, за исключением повешений/удавлений у женщин. Что касается населения старших трудоспособных возрастов, то ухудшение ситуации у лиц обоего пола обусловлено ростом смертности от всех социально значимых отравлений (алкогольных, наркотических, лекарственных) и контактов с острым и тупым предметом, а также от повешений у мужчин и уточненных и неуточненных повреждений у женщин.

При этом следует подчеркнуть, что в 2010-е гг. смертность трудоспособного населения от всех ведущих ПНН в Москве была существенно ниже российской. Единственным исключением, что вполне объяснимо, оказались падения/прыжки с высоты. Тем не менее выше было отмечено сокращение выигрыша Москвы по сравнению с Россией по смертности от ПНН.

Это сокращение преимущества Москвы определялось всеми ведущими ПНН: особенно показательным в этом контексте является ситуация с лекарственными отравлениями, смертность от которых в последние годы в столице оказалась выше российской. Следует также отметить рост отставания Москвы среди 20—39-летних по падениям с высоты: если в 2011 г. проигрыш столицы составил 2,4 и 2,6 раза, то к 2018 г. — уже 3 и 3,1 раза соответственно (таблица).

Весьма интересной выглядит эволюция структуры ПНН трудоспособного населения Москвы на фоне процессов, происходящих в России, в 2011—

2018 гг. Из таблицы видны, во-первых, гендерные различия, проявляющиеся с возрастом, на уровне приоритета 1-го уровня: если у лиц младших трудоспособных возрастов и в мужской, и в женской популяции 1-е место устойчиво занимали падения/прыжки с высоты, то среди 40—59-летних это отмечено только в женской популяции, у 40—59-летних москвичей на 1-е место стабильно выходили контакты с острым и тупым предметами. При этом в России падения/прыжки с высоты среди трудоспособного населения занимали, как правило, 4—5-е место, поднимаясь до 3-го места только у 20—39-летних женщин.

Второе, что следует отметить, — это резкое снижение значимости уточненных и неуточненных повреждений: если в 2011 г. их значимость у москвичей была близка к таковой от повешений (15% против 16,7% среди 20—39-летних и 14,8% против 14,5% среди 40—59-летних), а у москвичек — существенно превышала долю повешений (9,1% против 6,8% и 10,9% против 5,5% соответственно), то к 2018 г. вклад уточненных и неуточненных повреждений снизился принципиально, составляя около 6% среди всех половозрастных групп, кроме 20—39-летних москвичек, у которых он составил 1,2%.

Отметим, что подобные процессы наблюдались и в России, при этом, как правило, резкое снижение значимости уточненных и неуточненных повреждений приходилось на 2015 г.

В-третьих, в 2015 г. в Москве во всех половозрастных группах, кроме 40—59-летних мужчин, резко возрос вклад повешений и падений: так, доля повешений среди 20—39-летних приближается к четверти всех ПНН в мужской и женской популяциях. У 40—59-летних женщин этот показатель составляет 18,6%, резко снижаясь к 2017 г. и продолжив это снижение в 2018 г. У 40—59-летних москвичей доля повешений в 2011—2018 гг. изменялась эволюционно — от 14,5% до 17,3%.

Резкий рост доли падений к 2015 г. и столь же резкое снижение к 2017 г. характерно для всех половозрастных групп трудоспособного населения Москвы. В России доля падений менялась эволюционно, доля повешений возросла к 2015 г., однако принципиального снижения их вклада в последние годы исследования не отмечалось.

Четвертое обстоятельство, на которое следует указать: резкое возрастание доли отравлений, особенно наркотических, после 2015 г.: если в 2015 г. их вклад у женщин трудоспособных возрастов был нулевым, а у мужчин составил 1,3 и 0,4% соответственно, то к 2017 г. вырос до 8,1 и 7,8% среди 20—39-летних и 6 и 3,2% среди 40—59-летних соответственно. Следует также отметить еще одно интересное обстоятельство: в 2017 г. отмечен резкий рост вклада лекарственных отравлений с последующим его снижением в 2018 г.

Следует указать также на явное повышение значимости такого абсурдного инцидента, как отравление алкоголем с неопределенными намерениями (согласно МКБ-10, альтернативой случайных алко-

гольных отравлений может выступить суицид, реализованный столь странным образом): в последние годы исследования их вклад превысил 1% среди 20—39-летних и приблизился к 6% среди 40—59-летних мужчин и к 3% у их ровесниц.

Отметим, что в России изменение значимости разного рода отравлений с неопределенными намерениями в 2011—2018 гг. носило эволюционный характер. При этом в 2017—2018 г. доля наркотических отравлений в Москве была сопоставима с таковой в России у 20—39-летних и существенно превышала таковую среди 40—59-летних. Что касается значимости алкогольных отравлений с неопределенными намерениями, то в 2011—2018 гг. в Москве она былакратно меньшей, чем в России, для всех половозрастных групп трудоспособного населения.

Обсуждение

Анализируя полученные результаты, следует указать на крайне тревожные для Москвы изменения: в 2010-е гг. доля самого размытого среди внешних причин блока — ПНН выросла практически вдвое (от 25,4 и 22,6% до 43,5 и 42,8% соответственно среди 20—39-летних и с 23,8 и 22,3% до 39,2 и 41,3% среди 40—59-летних) на фоне искомым показателей в России, не достигавших 30% во всех половозрастных группах трудоспособного населения. При этом если в России нарастание значимости ПНН среди внешних причин происходило эволюционно, то в Москве в 2015—2017 гг. произошел резкий скачок доли этих расплывчатых инцидентов (среди 20—39-летних их вклад вырос с 30,9 и 32% до 42,3 и 44,1%, среди 40—59-летних — с 28,3 и 29,9% до 36,8 и 38,8% соответственно).

Эти изменения важно рассматривать на фоне динамики смертности московского населения от ПНН: если в России ее изменения носили стабильный характер, то в Москве уровни 2000 г. сформировались на фоне 2,3-кратного падения за год, синхронного во всех половозрастных группах. В этом контексте не может не настораживать столь же синхронный для всех половозрастных групп рост смертности от ПНН, сформировавшийся в 2015 г. [3, 5].

Ранее проведенные исследования указывали на взаимосвязь ПНН, входящих в класс внешних причин, которые по условию несут социальную нагрузку, и не интересных никому, кроме демографов, классов симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний, особенно отчетливо проявившуюся в Москве [3, 5]. Недавние исследования показали более чем 8-кратное снижение смертности москвичей и более чем 7-кратное — москвичек трудоспособных возрастов от неточно обозначенных состояний, до 2015 г. занимавших лидирующие места в структуре смертности московского населения трудоспособных возрастов. Однако в этот же период произошел резкий рост ПНН, о чем подробно речь шла выше. Кроме того, отмеченное снижение неточно обозначенных состояний произошло на фоне столь же резкого роста кардиомиопатии наркотического генеза [9].

Подобные синхронные зеркальные сдвиги дают основания с высокой степенью вероятности предположить, что потери формируются за счет сходных инцидентов, а блок ПНН и класс неточно обозначенных являются своего рода сообщающимися сосудами, резервуарами социально значимых инцидентов, переведенными в латентную форму.

В этом контексте особое внимание следует обратить на рост смертности москвичей от неточно обозначенных состояний в последний год исследования: если существующая система учета позволяет с известной степенью осторожности оценить, за счет каких причин формируются ПНН, то класс неточно обозначенных состояний, формируемый более чем в 99% случаев диагнозом «R99 — причина смерти не известна», статистически является абсолютно герметичным «черным ящиком». К сожалению, академическая констатация этого факта влечет за собой очень тревожные практические последствия: нельзя разработать меры по снижению смертности от причин, этиология и факторы риска которых неизвестны.

Второй момент, который следует обсудить, — это различия в структуре ПНН в Москве и России. Отметим, что подход, основанный на сходстве механизма реализации инцидента, позволяет предположить, что к латентным суицидам относятся повешения и прыжки/падения с высоты, к латентным убийствам — контакты с острым и тупым предметами, а также уточненные и неуточненные ПНН [10, 11]. Согласно этому подходу, в 2018 г. в Москве ПНН среди населения младших трудоспособных возрастов определяются в первую очередь латентными суицидами, доля которых среди этого блока составляет 49,7 и 68,7% соответственно (против 33,3 и 34,8% в России), вклад латентных убийств в этой возрастной группе в столице и России у мужчин сопоставим (27 и 29,1%), у женщин же в Москве их значимость является кратно меньшей, чем в России (13,3% против 28,3%).

В старших трудоспособных возрастах и в Москве, и в России потери мужчин от ПНН определяются в первую очередь латентными убийствами, доля которых в столице и России практически одинакова (43,2 и 43,6%), при этом доля суицидов в столице существенно превышает российскую (37,4% против 21,7%). У женщин же картина существенно различается: в Москве лидируют латентные суициды, доля которых приближается к половине против трети, обусловленных латентными убийствами, в России ситуация обратная — в 2018 г. значимость латентных убийств 2-кратно превышала значимость латентных суицидов (41% против 20,1%).

Выводы

1. Динамика смертности от ПНН трудоспособного населения Москвы характеризуется резкими сменами тенденций на фоне достаточно стабильного развития ситуации в России.

2. Если в целом в 2000-е гг. Москва демонстрировала темпы позитивных тенденций смертности от

ПНН, существенно превышавшие российские, то в 2010-е гг. ситуация принципиально изменилась: в 2011—2018 гг. потери трудоспособного населения столицы выросли на 67,5% у мужчин и 88,6% у женщин младших трудоспособных возрастов против снижения на 3,7 и 8% в России и на 49,2 и 60% против роста на 0,3 и 4,7% соответственно среди лиц старших трудоспособных возрастов. Эти неблагоприятные сдвиги определялись в первую очередь периодом 2015—2017 гг.

3. В течение всего периода исследования смертность трудоспособного населения Москвы от ПНН была ниже российской, однако в 2010-е гг. выигрыш столицы существенно сократился во всех половозрастных группах трудоспособного населения.

4. Выигрыш Москвы определялся всеми ведущими ПНН, кроме прыжков/падений с высоты, смертность от которых в 2010-е гг. в Москве существенно превышала российскую, однако и снижение преимуществ столицы также было обусловлено всем комплексом ведущих инцидентов.

5. В 2010-е гг. в структуре потерь населения Москвы произошли существенные сдвиги за счет резкого увеличения доли лекарственных, алкогольных и особенно наркотических отравлений.

6. В течение всего периода исследования потери от ПНН среди населения 20—39 лет, а также 40—59-летних женщин определялись в первую очередь латентными суицидами, значимость которых в Москве существенно превышала таковую в России, и только у мужчин старших трудоспособных возрастов доля латентных убийств превысила вклад латентных суицидов.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Е. М. Плохо определенные и точно не установленные причины смерти в России. *Демографическое обозрение*. 2016.3(20):103—42.
2. Васин С. А. Смертность от повреждений с неопределенными намерениями в России и в других странах. *Демографическое обозрение*. 2015;2(1):89—124. Режим доступа: https://demreview.hse.ru/data/2015/10/22/1079399391/DemRev_2_1_2015_89-124.pdf
3. Семенова В. Г., Гаврилова Н. С., Евдокушкина Г. Н., Гаврилов Л. А. Качество медико-статистических данных как проблема современного российского здравоохранения. *Общественное здоровье и профилактика заболеваний*. 2004;2:11—9.
4. Семенова В. Г., Антонова О. И. Достоверность статистики смертности (на примере смертности от травм и отравлений в Москве). *Социальные аспекты здоровья населения*. 2007;(2):2. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/28/30/lang.ru/>
5. Gavrilo N. S., Semyonova V. G., Dubrovina E. V., Evdokushkova G. N., Ivanova A. E., Gavrilo L. A. Russian mortality crisis and the quality of vital statistics. *Popul. Res. Policy Rev.* 2008.27(5):551—74.
6. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы под ред. Стародубов В. И., Михайлова Ю. В., Иванова А. Е. М.: Медицина; 2003: 287 с.
7. Иванова А. Е., Семенова В. Г. Новые явления российской смертности. *Народонаселение*. 2004;3:85—93.
8. Дубровина Е. В. Медико-социальная эволюция смертности от внешних причин в период экономических реформ. М.: ЦНИИОИЗ; 2006: 280 с.
9. Иванова А. Е., Сабгайда Т. П., Семенова В. Г., Антонова О. И., Никитина С. Ю., Евдокушкина Г. Н., и др. Факторы риска роста смертности молодежи и особенности их учета в Москве. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2019;63(6):322—30.
10. Иванова А. Е., Сабгайда Т. П., Семенова В. Г., Антонова О. И., Никитина С. Ю., Евдокушкина Г. Н. и др. Смертность российских подростков от самоубийств. М.: ЮНИСЕФ; 2011: 133 с.
11. Иванова А. Е., Сабгайда Т. П., Семенова В. Г., Запорожченко В. Г., Землянова Е. В., Никитина С. Ю. Факторы искажения структуры причин смерти трудоспособного населения России. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2013;(4):1. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/30/lang.ru/>

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Andreyev E. M. Poorly defined and unclear causes of death in Russia. *Demograficheskoye obozreniye*. 2016.3(20):103—42 (in Russian).
2. Vasin S. A. Mortality from injuries with uncertain intentions in Russia and other countries. *Demograficheskoye obozreniye*. 2015;2(1):89—124. Available at: https://demreview.hse.ru/data/2015/10/22/1079399391/DemRev_2_1_2015_89-124.pdf (in Russian).
3. Semyonova V. G., Gavrilo N. S., Evdokushkova G. N., Gavrilo L. A. The quality of medical and statistical data as a problem of modern Russian health care. *Obshchestvennoye zdorov'ye i profilaktika zabolevaniy*. 2004;2:11—9 (in Russian).
4. Semyonova V. G., Antonova O. I. Reliability of mortality statistics (on the example of mortality from injuries and poisoning in Moscow). *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2007;(2):2. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/28/30/lang.ru/> (in Russian).
5. Gavrilo N. S., Semyonova V. G., Dubrovina E. V., Evdokushkova G. N., Ivanova A. E., Gavrilo L. A. Russian mortality crisis and the quality of vital statistics. *Popul. Res. Policy Rev.* 2008.27(5):551—74.
6. Starodubov V. I., Mikhailova Yu. V., Ivanova A. E. (eds.) The health of the population of Russia in the social context of the 90s: problems and prospects [*Zdorov'ye naseleniya Rossii v sotsial'nom kontekste 90-kh godov: problemy i perspektivy*. Starodubov V. I., Mikhailova Yu. V., Ivanova A. E. (eds.)]. Moscow: Medicine; 2003: 287 p. (in Russian).
7. Ivanova A. E., Semyonova V. G. New phenomena of Russian mortality. *Narodonaseleniye*. 2004;3:85—93 (in Russian).
8. Dubrovina E. V. Medical and social evolution of mortality from external causes during the period of economic reform. [*Mediko-sotsial'naya evolyutsiya smertnosti ot vneshnikh prichin v period ekonomicheskikh reform*]. Moscow: Central Research Institute of Organization and Informatization of Health Care; 2006: 280 p. (in Russian).
9. Semyonova V. G., Ivanova A. E., Zubko A. V., Sabgayda T. P., Zaporozhchenko V. G., Evdokushkova G. N. et al. Risk factors for the growth of youth mortality and the peculiarities of their accounting in Moscow. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*. 2019;63(6): 322—30 (in Russian).
10. Ivanova A. E., Sabgayda T. P., Semyonova V. G., Antonova O. I., Nikitina S. Yu., Evdokushkova G. N. et al. Mortality of Russian teenagers from suicide [*Smertnost' rossiyskikh podrostkov ot samoubiystv*]. Moscow: UNICEF; 2011: 133 p. (in Russian).
11. Ivanova A. E., Sabgayda T. P., Semyonova V. G., Zaporozhchenko V. G., Zemlyanova E. V., Nikitina S. Yu. Factors of distortion of the structure of causes of death of the working-age population of Russia. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2013;(4):1. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/30/lang.ru/> (in Russian).

© Коллектив авторов, 2020

УДК 578.834.1SARS-CoV-2:[619.9-036.22:615.37] 616.9COVID:[338:364]

Васильев А. О.^{1–3}, Сазонова Н. А.¹, Ширяев А. А.^{1,2}, Ким Ю. А.^{1,2}, Зайцев А. В.^{1,2}, Габдуллин А. Ф.¹, Мельников В. Д.¹, Ревазова З. В.^{1,2}, Пушкарь Д. Ю.^{1,2}

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19: ОБЗОР СУЩЕСТВУЮЩЕЙ ПРАКТИКИ

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, 127473, г. Москва;

²ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С. И. Спасокукоцкого» Департамента здравоохранения г. Москвы, 127206, г. Москва;

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

Первое сообщение о возникновении новой коронавирусной инфекции (COVID-19) появилось в конце декабря 2019 г.; в начале марта 2020 г. Всемирная организация здравоохранения объявила о пандемии COVID-19. Неуклонный рост числа вновь выявленных случаев заражения привел к модернизации мировой системы здравоохранения, сместив вектор борьбы с пандемией COVID-19 в сторону максимального сбережения ресурсов, что привело к постепенному снижению, а затем и полному прекращению планового оперативного лечения, амбулаторных обследований, а также наблюдения пациентов из групп риска, к которым в первую очередь относятся пожилые пациенты. Вследствие этого ключевой целью данного систематического обзора стал анализ источников по существующей практике оказания урологической помощи пациентам старшей возрастной группы в условиях пандемии COVID-19. В соответствии с запросом по ключевым словам в исследовании отражен мировой и собственный опыт урологической клиники МГМСУ в лечении пожилых людей в условиях сложившейся эпидемиологической обстановки. Проведенный анализ показал, что инфекционные осложнения со стороны органов мочевыделительной системы занимают лидирующие позиции в ряду неспецифических осложнений, свойственных пожилым пациентам с COVID-19. Развитие катетер-ассоциированной инфекции, возникновение антибиотикорезистентных штаммов бактерий, бессимптомная бактериурия — лишь малая часть проблем, с которыми пришлось столкнуться клиницистам при оказании медицинской помощи в условиях сформированных инфекционных отделений.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция; гериатрическая помощь; сочетанная патология; антибиотикорезистентность; лечение; профилактика.

Для цитирования: Васильев А. О., Сазонова Н. А., Ширяев А. А., Ким Ю. А., Зайцев А. В., Габдуллин А. Ф., Мельников В. Д., Ревазова З. В., Пушкарь Д. Ю. Организация оказания медицинской помощи пожилым пациентам в условиях пандемии COVID-19». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1081–1086. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1081-1086>

Для корреспонденции: Сазонова Наталья Алексеевна — ординатор кафедры урологии МГМСУ им. А. И. Евдокимова; e-mail: kalinina@outlook.com

Vasilyev A. O.^{1–3}, Sazonova N. A.¹, Shiryaev A. A.^{1,2}, Kim Yu. A.^{1,2}, Zaitsev A. V.^{1,2}, Gabdullin A. F.¹, Melnikov V. D.¹, Revazova Z. V.^{1,2}, Pushkar D. Yu.^{1,2}

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR ELDERLY PATIENTS UNDER THE CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC

¹A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, 127473, Moscow, Russian Federation;

²SBHI «City Clinical Hospital named after S. I. Spasokukotsky» MHD, 127206, Moscow, Russian Federation;

³State Budgetary Institution «Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department», 115088 Moscow, Russian Federation

The first report of the new coronavirus infection (COVID-19) appeared at the end of December 2019 and in March, 2020 the World Health Organization announced COVID-19 a pandemic. The steady number of newly detected cases increase predetermined the modernization of the global healthcare system, shifting the paradigm of fighting with the COVID-19 pandemic towards maximum resource conservation. The change in the medical care provision for infectious patient's approach led first to a gradual decrease, and then to a complete cessation of planned surgical treatment, outpatient examinations, as well as observation of high-risk patients, which primarily include elderly patients. As a result of this, the key objective of this systematic review was to analyze sources of existing practice of providing urological care to patients of the older age group in the context of the COVID-19 pandemic. In accordance with the search for the keywords, the study reflects world and its own experience of MSMSU Urology Department in the treatment of age-related patients in the current epidemiological situation. The analysis showed that infectious complications from the urinary system take a leading position among the common complications inherent in elderly patients with COVID-19. The development of catheter-associated infection, the occurrence of antibiotic-resistant forms of bacteria, asymptomatic bacteriuria are only a small part of the problems clinicians have to face in newly profiled departments.

Keywords: coronavirus infection; geriatric care; combined pathology; antibiotic resistance; treatment; prevention.

For citation: Vasilyev A. O., Sazonova N. A., Shiryaev A. A. «Organization of medical care for elderly patients under the conditions of the COVID-19 pandemic». *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1081–1086 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1081-1086>

For correspondence: Sazonova Natalia A. — postgraduate student, Department of urology of A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, 127473, Russian Federation, Moscow, Delegatskaya street, 20.1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1673-1089>

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Acknowledgment. This study was supported by the Russian Science Foundation, agreement № 19-15-00379.

Received 12.05.2020

Accepted 29.07.2020

Введение

По данным мировой статистики, около 80% случаев COVID-19 (аббревиатура от англ. COronaVIrus Disease 2019) приходится на группу пациентов с легким и/или бессимптомным течением заболевания, в 13,8% случаев заболевание протекает как среднетяжелое и тяжелое, и в 6,1% случаев развиваются дыхательная/полиорганная недостаточность и септический шок [1]. Смертность, по разным данным, составляет около 4%, что меньше, чем при пневмонии (12—15%), но выше, чем при гриппе (около 0,1—0,5% в зависимости от штамма). По частоте проявления осложнений на первом месте (25% случаев) находится острый респираторный дистресс-синдром [2].

Риску заражения COVID-19 подвержены все возрастные группы, однако представители старше 65 лет в случае инфицирования могут столкнуться со значительным риском развития тяжелой формы заболевания. В большей степени этому способствует ряд физиологических изменений, происходящих у пожилого человека¹ с возрастом, а также ввиду возможного наличия у них сопутствующих хронических заболеваний, составляющих так называемый коморбидный фон пациента. Классическая «триада» симптомов проявления COVID-19 у пожилых пациентов не отличается от таковой в других возрастных группах и включает лихорадку (83—98%), кашель (46—82%) и одышку (31%). Вместе с тем пожилым пациентам в большей степени свойственны проявления миалгии и выраженной слабости (11—44%) [3].

Анализ существующих публикаций показал, что пожилые пациенты и пациенты с отягощенным соматическим фоном возглавляют группу риска при COVID-19, а риск смертности может достигать 20% [4]. У таких пациентов приобретенный иммунный ответ может быть ослаблен и в большей степени компенсироваться врожденным иммунным ответом, который ведет не только к элиминации вируса, но и к обширному тканевому повреждению за счет развития цитокинового шторма, сопровождающегося острым респираторным дистресс-синдромом. По мнению ряда авторов, случаи заражения COVID-19 чаще встречаются среди пациентов с отягощенным соматическим статусом: нарушенной работой сердечно-сосудистой системы и сахарным диабетом. Пациенты старшей возрастной группы, течение заболевания у которых ассоциировано с бактериальной или грибковой коинфекцией, также в большей степени подвержены риску развития осложнений [5].

Несмотря на снижение ежедневного прироста заболевания (в среднем –0,12% в сутки) общее число зарегистрированных случаев заражения COVID-19 продолжает расти, и к середине июня 2020 г. во всем мире данный показатель составил более 7,3 млн че-

ловек. В России в тот же период общее число выявленных случаев COVID-19 составляло свыше 495 тыс. человек, из которых более 48,5% — пациенты старше 65 лет. Решением Клинического комитета под председательством А. И. Хрипуна 12.05.2020 г. было принято решение о запуске тестирования на количественное определение IgM- и IgG-антител к SARS-CoV-2 методом иммунохемилюминесцентного анализа. Благодаря довольно высокой чувствительности и специфичности метода (96,26 и 95,38% соответственно) внедрение скрининговой программы позволило активнее выявлять новые случаи заболевания, особенно в ряду бессимптомных носителей группы возрастных пациентов².

Наряду с тем что в последнее время наметилось снижение числа новых случаев заражения в Московском регионе, ситуация в целом по стране остается без значимой динамики — ежедневный прирост составляет около 0,75%. Математические эпидемиологические модели предсказывают возможное дальнейшее распространение заболевания и увеличение числа заболевших, особенно в группе пациентов старше 65 лет. Данный факт может быть подкреплён значительным ослаблением карантинных мер.

Скорейшая разработка новых противовирусных препаратов и усовершенствование схем лечения пожилых пациентов и пациентов с тяжелым течением COVID-19, поиск альтернативных методов борьбы с возникающими инфекционными осложнениями является насущной проблемой для мирового здравоохранения.

Цель исследования — анализ литературных источников по оказанию урологической помощи пациентам старшей возрастной группы в условиях пандемии COVID-19.

Материалы и методы

Представлены данные обзора литературы по особенностям оказания гериатрической помощи в период пандемии COVID-19, поиск которой проводился по базам данных Cochrane Library's, Medline (PubMed, BioMedNet), Scopus с использованием ключевых слов «коронавирусная инфекция», «пандемия COVID-19», «лечение пожилых пациентов», «гериатрия COVID-19», «коморбидный фон в гериатрии», «антибиотикорезистентность у пожилых пациентов», «альтернативные методы в лечении пожилых пациентов».

Результаты и обсуждение

Старение населения, без сомнений, увеличивает рост расходов на оказание социальной помощи, а также медицинское обеспечение данной категории граждан [6]. Увеличение экономических затрат на лечение усугубляется еще и тем, что около 80% пожилого населения страдает от сочетанной патологии. У пациентов старше 60 лет обнаруживаются по меньшей мере 5 различных хронических заболева-

¹ Согласно принятой классификации Всемирной организации здравоохранения к пожилому возрасту относятся люди 60—75 лет. Режим доступа: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/ru>

² Режим доступа: <https://www.mos.ru/mayor/themes/18299/6510050/>

ний, осложняющих в том или ином случае течение основного заболевания [7]. Отягощенный коморбидный фон затрудняет диагностику и лечение основного заболевания, а также в значительной степени снижает качество жизни пожилых пациентов. Для пациентов пожилого возраста характерно наличие гериатрических синдромов: полиморбидности, «стертых» форм проявления заболеваний, хронического течения большинства заболеваний, функциональных изменений в различных органах и системах.

С начала 2020 г. было опубликовано более 1500 научных работ по особенностям диагностики, лечения и организации медицинской помощи пожилым пациентам с COVID-19. Обзор существующих работ показал, что наряду с основными возрастными изменениями (когнитивные нарушения, повышение риска ортостатической гипотонии, повышение риска падений, потребность в приеме большого числа лекарственных средств вследствие полиморбидности) у пожилых пациентов, находящихся на стационарном лечении в инфекционном отделении, значительно повышается риск возникновения нежелательных реакций, связанных с передозировкой, взаимодействием между собой различных лекарственных препаратов и неправильным приемом лекарственных средств вследствие ненадлежащего контроля за приемом препаратов [8]. Изменение фармакодинамики у пожилых пациентов затрудняет подбор врачом дозировки препарата, а одновременный прием нескольких лекарственных средств усложняет прогнозирование нежелательных реакций [9]. Свойственные пожилым пациентам изменения рецепторной восприимчивости и ухудшение регуляции гомеостатических механизмов может приводить как к повышению, так и к снижению чувствительности к лекарственным препаратам.

Из общего числа проанализированных литературных источников (44 работы, опубликованные с февраля 2020 г.), описывающих особенности урологической помощи в период пандемии COVID-19, на первом месте по частоте проявления были симптомы нарушенного мочеиспускания. Ключевым аспектом в оказании гериатрической помощи пациентам с COVID-19, находящимся на стационарном лечении, является проблема недержания мочи. «Неклассическим» фактором, приводящим к развитию недержания мочи у данной когорты пациентов, является сочетание отягощенного соматического статуса и обездвиженности, снижающей мотивацию к самостоятельному мочеиспусканию [10, 11]. Невозможность самостоятельного мочеиспускания приводит к длительной катетеризации и/или, в лучшем случае, интермиттирующей катетеризации мочевого пузыря. Дренирование мочевого пузыря уретральным катетером к концу 1-й недели в 100% случаев приводит к бактериурии и развитию катетер-ассоциированной (КА) инфекции мочевыводящих путей (ИМП) [12].

Не менее важной проблемой в этой связи является антибиотикорезистентность, темпы формирования которой на фоне нерационального применения антибактериальной терапии приобретают катастро-

фические масштабы [13]. Ежегодно исследователи отмечают возрастающее количество мутаций в геномах бактерий, вызывающих инфекционные заболевания, что приводит к образованию более агрессивных форм возбудителей.

Инфекции, вызванные условно-патогенными микроорганизмами, трудно поддаются лечению и значительно снижают качество жизни пожилых пациентов. Результатом неадекватной терапии является увеличение сроков госпитального периода и рост экономических затрат лечебного учреждения.

Недостаточная эффективность антибактериальной терапии предопределяет поиск альтернативных методов лечения и профилактики инфекционных заболеваний. С целью минимизации рисков развития КА-ИМП актуальным является применение препаратов из группы растительных уросептиков, использование различных модификаций уретрального катетера, в том числе катетера, покрытого раствором коллоидного серебра, а также раннее удаление уретрального катетера.

Одно из перспективных направлений снижения риска развития КА-ИМП и профилактики симптоматической бактериурии — применение бактериофагов [14]. Главным преимуществом применения бактериофагов в условиях сложившейся эпидемиологической обстановки, разительно отличающим их от существующих стандартных методов лечения инфекционных заболеваний, является их полная безопасность. Причем использовать бактериофаги можно в качестве монотерапии, а также как дополнение к антибиотикам, что позволяет снизить нагрузку на пожилого пациента за счет элиминации антибиотикорезистентных бактерий. Возможно применение бактериофагов для профилактики инфекционных заболеваний и осложнений мочевыводящих путей, что особенно важно для ослабленных и пожилых пациентов в период пандемии COVID-19. Отличительная особенность бактериофагов состоит в их возможности противодействовать формированию биопленок у пациентов с длительным дренированием мочевого пузыря [15, 16]. Отсутствие системного действия, многообразие лекарственных форм, подходящих для местной терапии, делают бактериофаги практически незаменимыми в гериатрической практике, снижая потребность в дополнительных консультациях специалистов, что особенно важно в период возросшей нагрузки на медицинский персонал.

С 2019 г. на кафедре урологии ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» совместно с ООО НПЦ «Микромир» ведется активная работа по разработке и внедрению в клиническую практику нового антибактериального и обезболивающего препарата в гелевой форме на основе бактериофагов для профилактики ИМП при проведении лечебных и диагностических манипуляций. Благодаря наличию в составе разрабатываемого препарата нескольких видов бактериальных вирусов с литической активностью по отношению к конкретному патогенному микроорганизму и существенно отличающихся друг от

друга по специфике взаимодействия с чувствительной клеткой существенно снижена вероятность формирования фагорезистентных штаммов возбудителей ИМП. В настоящее время проходит проспективное сравнительное исследование по оценке эффективности разработанного препарата при проведении различных инструментальных исследований, лечебно-диагностических процедур и оперативного лечения. В исследование включены 275 пациентов, средний возраст которых составляет 67,5 года. Эффективность препарата на основе бактериофагов в нашем исследовании предусматривает оценку бактериологического анализа мочи (до и после проводимого исследования), а также выраженности болевого синдрома с использованием визуальной аналоговой шкалы боли.

На данный момент этиотропной антивирусной терапии COVID-19 не существует, а предложенные органами здравоохранения схемы оказания помощи инфекционным больным подчас сводятся к проведению симптоматической терапии. Учеными во всем мире прилагаются усилия для оценки и клинических испытаний новых противовирусных препаратов для лечения COVID-19, а также препаратов для купирования цитокинового шторма — грозного осложнения COVID-19 и причины высокого процента летальности, особенно в группе пациентов старшей возрастной группы [17]. Обзор литературы показал, что перспективным направлением является применение в качестве монотерапии, в комбинации с противовирусными препаратами и на фоне стандартной терапии человеческих моноклональных антител (подтип IgG1) к рецептору интерлейкина-6 (ИЛ-6) — препаратов сарилумаб и тоцилизумаб.

Наиболее эффективными препаратами в лечении цитокинового шторма (в том числе на фоне сепсиса у соматически ослабленных пациентов) являются лекарственные препараты из группы блокаторов ИЛ-1 [18]. При этом применение глюкокортикоидов многие исследователи, напротив, считают опасным по причине повышения риска инфекций и тромбозов [19, 20].

Представителем блокаторов ИЛ-6, успешно прошедшим клинические испытания и зарегистрированным для лечения цитокинового шторма на фоне CAR-T иммунотерапии³, является тоцилизумаб [21]. В открытом ретроспективном несравнительном исследовании, опубликованном Х. Хи и соавт. в мае 2020 г. [22], продемонстрирована эффективность тоцилизумаба для лечения соматически ослабленных (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, бронхоэктатическая болезнь, хроническая обструктивная болезнь легких, последствия перенесенного инфаркта головного мозга, ишемическая болезнь сердца и хроническая почечная недостаточность) пациентов с тяжелым течением COVID-19. В течение 5 дней по-

сле применения тоцилизумаба на фоне стандартной терапии у 75% пациентов отмечалось улучшение показателя оксигенации; относительное количество лимфоцитов в периферической крови снизилось до референсных значений у 52% пациентов; у 84% пациентов отмечено снижение уровня С-реактивного белка. Ни у одного из 21 пациентов не было побочных реакций.

Оптимистичные результаты лечения пациентов на фоне тоцилизумаба подтолкнуло ряд стран на проведение клинических исследований эффективности ИЛ-6 в терапии пациентов с тяжелым течением COVID-19: в настоящее время зарегистрировано проведение рандомизированного контролируемого клинического исследования IV фазы (ChiCTR2000029765) и ряд двойных слепых рандомизированных плацебо-контролируемых исследований II/III фазы (NCT04315298, NCT04315480, NCT04306705, NCT04310228, NCT04317092).

Раскрытие генома вируса SARS-CoV-2 подтолкнуло фарминдустрию и биотехнологические отрасли к разработке вакцин против COVID-19, и уже спустя несколько недель с момента публичного обнародования генетической последовательности в открытом доступе появилась информация о запуске более 20 различных программ по созданию новых вакцин. Основная гипотеза создания вакцин (таких как mRNA-1273, INO-4800, NVX-CoV2373 и др.) заключается в потенцировании выработки белка, создающего иммунный ответ [23]. Исследования, оценивающие эффективность разрабатываемых вакцин, уже проводятся, а получение начальных результатов запланировано на конец 2020 г.

Большая часть исследований сконцентрирована на изучении эффективности противовирусных препаратов: утвержденного FDA 01.05.2020 г. препарата ремдесивир и зарегистрированного МЗ РФ препарата фавипиравир АВТОРЫ: ЕСТЬ ИСТОЧНИКИ?. Механизм действия противовирусных препаратов заключается в ингибировании РНК-зависимой РНК-полимеразы (РзРп) вируса, при этом в результате отложенного роста РНК-цепи останавливается синтез вновь созданных РНК, что приводит к блокированию репликации вируса. Проведенные исследования показали эффективность применения фавипиравира против COVID-19. Механизм действия фавипиравира заключается во встраивании в растущую цепь вирусной РНК с последующим ее прерыванием и ингибированием как транскрипции, так и трансляции вирусного генома. Фавипиравир приводит к летальному мутагенезу вирусного генома, резко снижая вирусные титры в культуре клеток. Примечательно, что за все время многолетних исследований не удалось выявить ни одного вирусного штамма, резистентного к фавипиравиру. Исходя из описанного механизма действия, мутагенез, вызываемый фавипиравиром, может происходить и в других РНК-вирусах, что делает его мощным, эффективным и универсальным ингибитором эпидемиологически значимых вирусов различных семейств, вызывающих серьезные, часто смертельные заболевания. Опира-

³ Адаптированная терапия генетически модифицированными Т-лимфоцитами путем создания пула специфических цитотоксических лимфоцитов путем внесения *ex vivo* трансгена, кодирующего химерный антигенный рецептор (chimeric antigen receptor, CAR).

ясь на универсальный и доказанный механизм действия фавипиравира в отношении РзРп, можно ожидать, что его применение может облегчить течение вирусных заболеваний при своевременном начале приема, а также значимо снизить вирусную нагрузку при течении заболеваний с осложнениями. Согласно глобальному отчету фарминдустрии, в настоящее время фавипиравир вошел в клинические испытания против COVID-19, исходя из доказанного механизма его действия против вирусной РзРп. Фавипиравир прошел исследования III фазы в Японии и II — в США по лечению гриппа.

Заключение

Увеличивающееся число лиц пожилого и старческого возраста делает приоритетной задачу профилактики возрастной патологии и контроля состояния здоровья пожилого населения. В период распространения COVID-19 пациенты пожилого возраста являются наиболее уязвимыми. Для них характерны снижение адаптационных механизмов, повышенная восприимчивость к бактериям и сочетание нескольких патологий.

Существующие ограничения у пожилых пациентов в назначении лекарственных средств связаны с изменениями обмена веществ, снижением функции печени и почек, а также кровотока в этих органах. Важно подбирать терапию, основываясь на мульти-модальном подходе к лечению, учитывая отягощенный соматический фон пожилого пациента. Перераспределение жировой и мышечной ткани, нарушение водного состава клеток определяют индивидуальный подход к антибактериальной терапии ИМП. Комбинированная терапия с применением лекарственных препаратов на основе бактериофагов позволяет минимизировать количество побочных эффектов и нежелательных явлений, присутствующих существующим антибактериальным препаратами.

В последнее время было начато более 200 различных программ по разработке вакцин и лекарственных препаратов для борьбы с пандемией COVID-19. На данный момент этиотропной антивирусной терапии данного заболевания не существует, а схемы оказания помощи инфекционным больным сводятся к проведению симптоматической терапии и минимизации осложнений заболевания.

Полипрагмазия пожилых людей с COVID-19, находящихся на стационарном лечении, указывает на необходимость более внимательного и прецизионного отношения к каждому пациенту. Учитывая повсеместно увеличивающуюся антибиотикорезистентность и, зачастую, непредсказуемую реакцию на применяемые лекарственные препараты, в терапии пожилых пациентов должны быть использованы альтернативные методы профилактики инфекционных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rothan H. A., Byrareddy S. N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun.* 2020;109:102433. doi: 10.1016/j.jaut.2020.102433
2. Sun P. Clinical characteristics of 50 466 hospitalized patients with 2019-nCoV infection. *J. Med. Virol.* 2020:e25735.
3. European Center for Disease Prevention and Control. Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): increased transmission globally — fifth update. *Rapid Risk Assess.* 2020;2:1—29.
4. Márquez E. J., Trowbridge J., Kuchel G. A., Banchereau J., Ucar D. The lethal sex gap: COVID-19. Version 2. *Immun. Ageing.* 2020;17:13. doi: 10.1186/s12979-020-00183-z
5. Chen N., Zhou M., Dong X., Qu J., Gong F., Han Y. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020;395(10223):507—13. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7
6. Пряхникова О. В. Старение населения Европы. Вызовы и перспективы. *Экономические и социальные проблемы России.* 2013;102—23.
7. Ткачева О. Н., Остапенко В. С., Погосова Н. В. Аналитическая записка «Медицинские аспекты старения населения города Москвы». М.; 2015:44.
8. Shen L., Wang C., Zhao J., Tang X., Shen Y., Lu M. et al. Delayed specific IgM antibody responses observed among COVID-19 patients with severe progression. *Emerg. Microbes Infect.* 2020;9(1):1096—1101. doi: 10.1080/22221751.2020.1766382
9. Министерство здравоохранения РФ. Методическое руководство «Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста». 2018. Режим доступа: <http://cr.rosminzdrav.ru>
10. Hughes T., Ho H. C., Shariat S. F., Somani B. K. Where do urologists stand in the era of novel coronavirus-2019 disease. *Curr. Opin. Urol.* 2020;30(4):610—16. doi: 10.1097/MOU.0000000000000786
11. Carneiro A., Wroclawski M. L., Nahar B., Soares A., Cardoso A. P., Kim N. J. et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Urologist's clinical practice in Brazil: a management guideline proposal for low- and middle-income countries during the crisis period. *Int. Braz. J. Urol.* 2020;46(4):501—10. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.04.03
12. Васильев А. О., Говоров А. В., Ширяев А. А., Пушкарь Д. Ю. Роль уретрального катетера в развитии катетер-ассоциированной инфекции мочевыводящих путей. *Урология.* 2017;(6):107—11.
13. Bertolo R., Cipriani C., Vittori M., Bove P. Re: Reflections on the COVID-19 Pandemic. *Int. Braz. J. Urol.* 2020;46(4):682—3. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.0306
14. Ширяев А. А., Васильев А. О., Зайцев А. В., Прилепская Е. А., Сазонова Н. А., Григорян И. Э. и др. Перспектива применения бактериофагов в урологической практике. *Урология.* 2019;(6):131—6.
15. Maszewska A., Różalski A. Isolation and purification of proteus mirabilis bacteriophage. *Methods Mol. Biol.* 2019;2021:231—40. doi: 10.1007/978-1-4939-9601-8_20
16. Rani S. A., Celeri C., Najafi R., Bley K., Debabov D. Irrigation with N,N-dichloro-2,2-dimethyltaurine (NVC-422) in a citrate buffer maintains urinary catheter patency in vitro and prevents encrustation by Proteus mirabilis. *Urolithiasis.* 2016;44(3):247—56. doi: 10.1007/s00240-015-0811-3
17. Mehta P., McAuley D. F., Brown M., Sanchez E., Tattersall R. S., Manson J. J. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *Lancet.* 2020;395(10229):1033—4. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30628-0
18. Shakoory B., Carcillo J. A., Chatham W. W., Amdur R. L., Zhao H., Dinarello C. A. et al. Interleukin-1 receptor blockade is associated with reduced mortality in sepsis patients with features of macrophage activation syndrome: reanalysis of a prior phase III trial. *Crit. Care Med.* 2016;44(2):275—81. doi: 10.1097/CCM.0000000000001402
19. Chen C., Zhang X. R., Ju Z. Y., He W. F. Advances in the research of mechanism and related immunotherapy on the cytokine storm induced by coronavirus disease. *Zhonghua Shao Shang Za Zhi.* 2019;36(6):471—5. doi: 10.3760/cma.j.cn501120-20200224-00088
20. Grimaldi D., Goicoechea E. W., Taccone F. S. IL-1 receptor antagonist in sepsis: new findings with old data? *J. Thorac. Dis.* 2016;8(9):2379—82. doi: 10.21037/jtd.2016.08.51
21. Le R. Q., Li L., Yuan W., Shord S. S., Nie L., Habtemariam B. A. et al. FDA approval summary: tocilizumab for treatment of chimeric antigen receptor T cell-induced severe or life-threatening cytokine release syndrome. *Oncologist.* 2018;23(8):943—7. doi: 10.1634/theoncologist.2018-0028

22. Xu X., Han M., Li T., Sun W., Wang D., Fu B. et al. Effective treatment of severe COVID-19 patients with tocilizumab. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 2020;117(20):10970—5. doi: 10.1073/pnas.2005615117
23. Smith T. R.F., Patel A., Ramos S., Elwood D., Zhu X., Yan J. et al. Immunogenicity of a DNA vaccine candidate for COVID-19. *Nat. Commun.* 2020;11(1):2601. doi: 10.1038/s41467-020-16505-0

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Rothan H. A., Byrareddy S. N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun.* 2020;109:102433. doi: 10.1016/j.jaut.2020.102433
2. Sun P. Clinical characteristics of 50 466 hospitalized patients with 2019-nCoV infection. *J. Med. Virol.* 2020:e25735.
3. European Center for Disease Prevention and Control. Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): increased transmission globally — fifth update. *Rapid Risk Assess.* 2020;2:1—29.
4. Márquez E. J., Trowbridge J., Kuchel G. A., Banchereau J., Ucar D. The lethal sex gap: COVID-19. Version 2. *Immun. Ageing.* 2020;17:13. doi: 10.1186/s12979-020-00183-z
5. Chen N., Zhou M., Dong X., Qu J., Gong F., Han Y. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet.* 2020;395(10223):507—13. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7
6. Pryazhnikova O. V. The aging population of Europe. Challenges and prospects. *Ekonomicheskkiye i social'nyye problemy Rossii.* 2013:102—23 (in Russian).
7. Tkacheva O. N., Ostapenko V. S., Pogossova N. V. Policy brief “Medical aspects of the aging population in Moscow” [*Analiticheskaya zapiska “Meditsinskiye aspekty stareniya naseleniya goroda Moskvy*]. Moscow; 2015:44 (in Russian).
8. Shen L., Wang C., Zhao J., Tang X., Shen Y., Lu M. et al. Delayed specific IgM antibody responses observed among COVID-19 patients with severe progression. *Emerg. Microbes Infect.* 2020;9(1):1096—1101. doi: 10.1080/22221751.2020.1766382
9. Ministry of Health of the Russian Federation. Guidelines. Pharmacotherapy in the elderly. 2018. Available at: <http://cr.rosminzdrav.ru> (in Russian).
10. Hughes T., Ho H. C., Shariat S. F., Somani B. K. Where do urologists stand in the era of novel coronavirus-2019 disease. *Curr. Opin. Urol.* 2020;30(4):610—16. doi: 10.1097/MOU.0000000000000786
11. Carneiro A., Wroclawski M. L., Nahar B., Soares A., Cardoso A. P., Kim N. J. et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Urologist's clinical practice in Brazil: a management guideline proposal for low- and middle-income countries during the crisis period. *Int. Braz. J. Urol.* 2020;46(4):501—10. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.04.03
12. Vasil'yev A. O., Govorov A. V., Shirayev A. A., Pushkar' D. Yu. The role of the urethral catheter in the development of catheter-associated urinary tract infection. *Urologiya.* 2017;(6):107—11 (in Russian).
13. Bertolo R., Cipriani C., Vittori M., Bove P. Re: Reflections on the COVID-19 Pandemic. *Int. Braz. J. Urol.* 2020;46(4):682—3. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.0306
14. Shirayev A. A., Vasil'yev A. O., Zaytsev A. V., Prilepskaya E. A., Sazonova N. A., Grigoryan I. E., et al. Perspective the use of bacteriophages in urological practice. *Urologiya.* 2019;(6):131—6 (in Russian).
15. Maszewska A., Róžalski A. Isolation and purification of proteus mirabilis bacteriophage. *Methods Mol. Biol.* 2019;2021:231—40. doi: 10.1007/978-1-4939-9601-8_20
16. Rani S. A., Celeri C., Najafi R., Bley K., Debabov D. Irrigation with N,N-dichloro-2,2-dimethyltaurine (NVC-422) in a citrate buffer maintains urinary catheter patency in vitro and prevents encrustation by *Proteus mirabilis*. *Urolithiasis.* 2016;44(3):247—56. doi: 10.1007/s00240-015-0811-3
17. Mehta P., McAuley D. F., Brown M., Sanchez E., Tattersall R. S., Manson J. J. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *Lancet.* 2020;395(10229):1033—4. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30628-0
18. Shakoory B., Carcillo J. A., Chatham W. W., Amdur R. L., Zhao H., Dinarello C. A. et al. Interleukin-1 receptor blockade is associated with reduced mortality in sepsis patients with features of macrophage activation syndrome: reanalysis of a prior phase III trial. *Crit. Care Med.* 2016;44(2):275—81. doi: 10.1097/CCM.0000000000001402
19. Chen C., Zhang X. R., Ju Z. Y., He W. F. Advances in the research of mechanism and related immunotherapy on the cytokine storm induced by coronavirus disease. *Zhonghua Shao Shang Za Zhi.* 2019;36(6):471—5. doi: 10.3760/cma.j.cn501120-20200224-00088
20. Grimaldi D., Goicoechea E. W., Taccone F. S. IL-1 receptor antagonist in sepsis: new findings with old data? *J. Thorac. Dis.* 2016;8(9):2379—82. doi: 10.21037/jtd.2016.08.51
21. Le R. Q., Li L., Yuan W., Shord S. S., Nie L., Habtemariam B. A. et al. FDA approval summary: tocilizumab for treatment of chimeric antigen receptor T cell-induced severe or life-threatening cytokine release syndrome. *Oncologist.* 2018;23(8):943—7. doi: 10.1634/theoncologist.2018-0028
22. Xu X., Han M., Li T., Sun W., Wang D., Fu B. et al. Effective treatment of severe COVID-19 patients with tocilizumab. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 2020;117(20):10970—5. doi: 10.1073/pnas.2005615117
23. Smith T. R.F., Patel A., Ramos S., Elwood D., Zhu X., Yan J. et al. Immunogenicity of a DNA vaccine candidate for COVID-19. *Nat. Commun.* 2020;11(1):2601. doi: 10.1038/s41467-020-16505-0

© Ненахова Ю. С., Локозов Е. В., 2020
УДК 614.253.5:005.963.2

Ненахова Ю. С.¹, Локозов Е. В.²

НАСТАВНИЧЕСТВО В МЕДИЦИНЕ: НА ПУТИ К ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИИ

¹ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;

²Институт социально-экономических проблем народонаселения ФГБУН «Федеральный научно-исследовательский социологический центр» Российской академии наук, 117218, г. Москва

В последние годы со стороны государственной власти усилилось внимание к проблеме недостаточного использования наставничества, в том числе обсуждаются планы по законодательному закреплению использования этого механизма в здравоохранении. Это обосновывает актуальность исследования. Цель работы — определить перспективы институционализации наставничества в здравоохранении, в том числе выявить возникающие на этом пути сложности и инструменты их минимизации.

Статья базируется на результатах ряда авторских исследований, проведенных в 2019—2020 гг.: анкетного опроса врачей и среднего медицинского персонала (551 респондент) и серии глубинных структурированных интервью с главными врачами соответствующих организаций, представителями медицинских колледжей, вузов и учреждений дополнительного профессионального образования (15 интервью). В 2020 г. осуществлен экспертный опрос (с использованием специально разработанного опросного бланка) главных врачей медицинских организаций, подведомственных ДЗМ (31 эксперт), серия глубинных структурированных интервью с главврачами (8 интервью), а также case-study лучших практик наставничества по всем регионам России. Исследования были направлены на выявление возможностей, ограничений и инструментов институционализации наставничества в здравоохранении.

Несмотря на ряд ограничений — высокую нагрузку на медицинский персонал, отсутствие нормативно-правового сопровождения и т. д., — есть возможность внедрения и закрепления эффективной системы наставничества, в том числе при использовании представленных в статье инструментов.

К л ю ч е в ы е с л о в а : наставничество; человеческий потенциал; трудовые ресурсы в здравоохранении; менторство; медицинское образование; трудовая адаптация.

Для цитирования: Ненахова Ю. С., Локозов Е. В. Наставничество в медицине: на пути к институционализации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1087—1093. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1087-1093>

Для корреспонденции: Ненахова Юлия Сергеевна, аналитик НИИОЗММ ДЗМ; научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения ФНИСЦ РАН; e-mail: yulia-nenakhova@yandex.ru

Nenakhova Y. S., Lokosov E. V.

MENTORING IN MEDICINE: ON THE WAY TO INSTITUTIONALIZATION

¹State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115088 Moscow, Russian Federation;

²Institute of Socio-Economic Studies of Population of FCTAS of Russian Academy of Sciences, 117218 Moscow, Russian Federation

The article discusses the prospects for the institutionalization of mentoring in health care, including difficulties arising along this path and tools to minimize them. The relevance of the study is justified by the increased attention in recent years to the problem of insufficient use of mentoring by the government and the scientific community and plans to legislatively consolidate the possibilities of using this mechanism in medicine. The article is based on the results of a number of field studies conducted in 2019—2020 together with the NIIOZMM DZM team, including a mass questionnaire survey of Moscow medical workers, a series of interviews with experts, a questionnaire survey of experts and a case study of best mentoring practices in all regions of Russia. In 2019, a questionnaire survey was conducted among doctors and nurses (551 respondents) and a series of in-depth structured interviews with the chief doctors of the respective organizations, representatives of medical colleges, universities and institutions of additional professional education (15 interviews). In 2020, an expert survey was conducted (using a specially designed questionnaire) of the chief doctors of medical organizations subordinate to DZM (31 experts), a series of in-depth structured interviews with the head physicians (8 interviews), as well as a case study of the best mentoring practices in all regions of the Russian Federation. The research was aimed at identifying opportunities, limitations, and tools for institutionalizing mentoring in health care. The research results show that, despite a number of limitations — a high burden on medical staff, lack of regulatory support, etc. — nevertheless, it is possible to implement and consolidate an effective mentoring system, including the tools presented in the article.

К e y w o r d s : mentoring; human potential; labor resources in healthcare; medical education; labor adaptation.

For citation: Nenakhova Y. S., Lokosov E. V. Mentoring in medicine: on the way to institutionalization. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1087—1093 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1087-1093>

For correspondence: Nenakhova Y. S., researcher of the Institute of Demography of the Institute of Socio-Economic Studies of Population — Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of RAS, 117218, Moscow, Nahimovskij prospect, 32; e-mail: yulia-nenakhova@yan-dex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020

Введение

В последние годы идут активные дискуссии о необходимости не просто восстановить, но и институ-

ционально закрепить в здравоохранении наставничество — индивидуализированную передачу знаний и навыков от более опытных к менее опытным меди-

цинским сотрудникам. В этом здравоохранение идет в ногу с другими отраслями бюджетного сектора. В частности, в 2019 г. Правительством утверждено Положение о наставничестве на государственной гражданской службе РФ¹.

Наставничество — отнюдь не новый инструмент в трудовой сфере. Это одна из самых первых форм передачи знаний и навыков. В советское время его научному осмыслению и институционализации уделялось существенное внимание. Соответственно, уместнее говорить о восстановлении практик наставничества, его институционализации и масштабировании в государственном здравоохранении.

В законодательстве, в частности в Положении об адаптации медицинских работников г. Москвы, акцент делается на образовательной функции наставничества². Однако есть и иной подход, рассматривающий наставничество прежде всего как инструмент личного профессионального роста. Так, А. Gibbons определяет наставников как «влиятельных людей, которые значительно помогают вам достичь ваших основных жизненных целей» [1]. Подразумевается, что важная характеристика потенциального наставника — наличие власти. При подходе же к наставничеству как к образовательному инструменту, способу развития человеческого потенциала рассматриваются и иные, нежели карьерный рост и повышение лояльности сотрудника организации, эффекты наставничества, в частности, применительно к здравоохранению — это повышение качества медицинских услуг, сохранение научных традиций и т. д.

Можно выделить две модели наставничества:

1) модель карьерного наставничества, в которой при сохранении образовательной составляющей акцент делается на карьерное продвижение ученика;

2) модель образовательного наставничества, в которой этот институт рассматривается участниками прежде всего как образовательный инструмент.

Выделяют также североамериканскую и европейскую модели наставничества [2]. Первая — так называемое «спонсорское наставничество», в которой наставляемый — «протеже». Европейская модель предполагает отношения «на равных», взаимный обмен опытом — отсюда и ее наименование: «развивающее наставничество».

Зарубежные исследования выявили, что сотрудники, имеющие наставников, приобретают значительные преимущества, в том числе в части карьерного роста, удовлетворенности работой и др. [3—5]. Наличие наставника облегчает процесс социальной адаптации [6]. Кроме того, побывавшие в роли ученика более склонны сами затем становиться наставниками, т. е. «платят вперед» за свои знания и опыт

[7, 8]. Эффектам наставничества посвящено лонгитюдное исследование программы развития карьеры и наставничества для медсестер женского психического здоровья в Национальной службе здравоохранения Великобритании: проанализировано влияние программы на карьеру и личностное развитие участников в течение последующих 18 мес [9].

Что касается международного опыта, то страны с развитой медициной — США, Великобритания, Израиль, некоторые страны Северной Европы и Азии, а также Куба — уже нескольких десятилетий активно внедряют институт наставничества и добились определенных успехов. Подчеркивается респектабельность наставничества и осознание молодыми медиками необходимости иметь наставника для карьерного роста. Так, в США 93% студентов и начинающих практикантов указали, что иметь ментора необходимо. Более половины «подопечных» связывают свое продвижение по карьерной лестнице именно с наставничеством [10]. В вузах США, Швеции и Израиля существуют программы по наставничеству в здравоохранении. В странах Северной Америки наставничество чрезвычайно престижно. В США стать наставниками могут только опытные и квалифицированные специалисты. Нередко услуги по наставничеству — не только для врачей, но и для медицинского менеджмента — предлагают коммерческие фирмы. Авторы, изучавшие наставничество в отделениях хирургии, говорят о хотя и неформальных, но иерархических и диадических отношениях между ментором и «подопечным» и полагают, что эти отношения нужно структурировать и институционализировать [11]. По их мнению, наставничество является ключом к удовлетворенности трудом и сохранению работы. М. Muenke из Национального института здоровья (США) утверждает, что наставник должен реализовывать сильную ролевую модель, генерировать любопытство и энтузиазм [12]. Качества ментора разделяются на личностные, социальные и профессиональные. Успешное наставничество требует навыков межличностного общения, а также создания благоприятных условий для академической медицины.

В скандинавских странах наставничество не полностью формализовано. Исследователи выделяют такие аспекты наставничества, как психосоциальная поддержка подопечного, отношения с ним за рамками профессии, рефлексия собственного развития с соучениками [13]. Так, студенты или начинающие специалисты видят в менторе «электронного помощника», который выслушает и ответит на все вопросы, с которым выстраиваются более неформальные отношения, чем с научным руководителем, и можно обсуждать темы, не изучаемые в университете или ординатуре (социальный аспект профессии, этику и мораль в здравоохранении и др.). Обсуждать процесс своего развития ученикам легче со сверстниками.

В Азии наставничество более формализовано. Так, в Японии 91% врачей-исследователей встречаются с наставником хотя бы раз в месяц [14]. В Син-

¹ Постановление Правительства РФ от 07.10.2019 г. № 1296 «Об утверждении Положения о наставничестве на государственной гражданской службе Российской Федерации».

² Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 29.12.2017 г. № 955 «Об утверждении Положения об адаптации медицинских работников в медицинских организациях государственной системы здравоохранения г. Москвы». URL: <http://docs.cntd.ru/document/551792635>.

гапуре процесс наставничества в паллиативной медицине состоит из 6 этапов и больше напоминает научную работу: предварительное наставничество, первые встречи исследователей, сбор данных, обзор первоначальных данных, подготовка исследования и анализ [15], однако подчеркивается, что эффективность этого процесса возможна только при качественной и плотной коммуникации наставника и ученика.

Опрос проходивших 8-недельную стажировку в больницах студентов Университета Саутгемптона позволил выделить 4 ключевых аспекта наставничества: интеграция (помощь вхождению в команду), «фидбэк» (правильное оперирование полученными ранее навыками), старшинство (наставник воспринимается опытным специалистом), ожидание (важность ожиданий подопечных) [16].

Тематика наставничества широко изучается и российскими авторами. Анализ условий для его внедрения в здравоохранении рассматривается, в частности, в работах Ж. А. Тютеновой [17], Ю. В. Бурдастовой [18] и др. [19, 20]. Факторы, снижающие его эффективность, — неверный выбор пула наставников, отсутствие социально-психологического профиля наставника, позиционирование наставников как контролеров и проверяющих, нежелание назначенных наставников делиться опытом из-за боязни стать ненужными организации — описаны в работе О. Н. Субочевой [21] и др. В целом, традиционно выделяются три формы адаптации сотрудников, которым призвано содействовать наставничество: организационная, социальная и адаптация в должности (нашли отражение в вышеупомянутом московском Положении). Каждая предполагает свои инструменты и набор компетенций у наставников.

Таким образом, существуют различные модели и формы наставничества. Кроме того, свои, требующие учета особенности имеет российская система здравоохранения. Необходимо понять, на что требуется обратить особое внимание при возрождении института наставничества, какие проблемы надо устранять и профилировать.

Материалы и методы

Эмпирической базой послужил ряд исследований, проведенных при участии авторов в 2019—2020 гг. под эгидой НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы (ДЗМ). В 2019 г. в рам-

ках проекта, посвященного кадровому обеспечению столичной медицины [22], проведены анкетный опрос врачей и среднего медицинского персонала (на основе квотной выборки, репрезентирующей медицинские организации, подведомственные ДЗМ, был опрошен 551 человек) и серия глубинных структурированных интервью с главными врачами соответствующих организаций, представителями медицинских колледжей, вузов и учреждений дополнительного профессионального образования (15 интервью). В 2020 г. исследование, посвященное исключительно наставничеству, включало экспертный опрос (с помощью специально разработанного бланка) главных врачей медицинских организаций, подведомственных ДЗМ (31 человек), серию глубинных структурированных интервью с главврачами (8 интервью), а также анализ лучших практик наставничества по всем регионам России.

Результаты исследования

По данным опроса, проведенного в 2019 г., 15,2% медиков являются наставниками. Эксперты уверены в необходимости наставничества, которую они объясняют дефицитом кадров (завуализованным чрезмерной нагрузкой медработников, занимающих несколько ставок), серьезным оттоком молодых специалистов:

«На данный момент, несмотря на множество медицинских вузов, у нас отмечается колоссальный дефицит кадров. В первую очередь, это врачи. По какой-то причине выпускники медицинских университетов не оказываются у нас на рабочих местах... Даже если они куда-то устраиваются на работу, то работают месяц—два—три, а после этого просто уходят, и зачастую — уходят из профессии. Представьте: потратить на него столько денег, сил и т. д. для того, чтобы через 8 лет он понял, что это не его?!» (главный врач).

Среди факторов, мешающих эффективному наставничеству, на первом месте — недостаточная мотивация: так, от трети до двух третей опрошенных не согласились бы стать наставниками (табл. 1), причем наименее мотивирован средний медицинский персонал. Если же исключить тех, кто уже является наставником, то отказались бы стать наставниками уже 40,3% врачей стационаров и 69,4% медсестер поликлиник.

Нежелание быть наставниками связано с высокой трудовой нагрузкой: так, пятая часть опрошен-

Таблица 1

Распределение ответов на вопрос: «Согласились бы Вы заниматься наставничеством?», %

Ответ	Врачи больниц	Врачи поликлиник	Средний медицинский персонал больниц	Средний медицинский персонал поликлиник
Уже занимаются наставничеством	25,6	12,1	15,2	10,9
Да, согласились бы	35,6	31,2	26,6	25,5
Нет, не согласились бы	30,0	41,8	53,3	61,8
Нет, им самим нужен наставник, и он у них есть	4,4	5,0	2,2	1,8
Им самим желателен наставник, но его у них нет	2,2	2,1	1,6	0,0
Другое	2,2	7,8	1,1	0,0

Таблица 2

Распределение ответов на вопрос: «Как Вы оцениваете свою загруженность, интенсивность труда на основной работе?», %

Ответ	Врачи больниц	Врачи поликлиник	Средний медицинский персонал больниц	Средний медицинский персонал поликлиник
Очень загружены, работают на пределе сил	15,7	21,5	19,2	20,5
Довольно загружены, очень устают	59,6	51,7	45,6	47,0
Нормально загружены, работают в меру своих сил	24,7	26,8	35,2	32,5
Не очень загружены, могли бы работать и больше	0,0	0,0	0,0	0,0

Источник: результаты собственного исследования.

ных работает на пределе сил, а еще половина — очень устает (табл. 2).

Такую нагрузку и эксперты, и участники анкетного опроса связывают, прежде всего, с оптимизацией сети медицинских организаций и сокращением медицинского персонала, о чем свидетельствует и статистика (табл. 3). Таким образом, эффективное наставничество возможно при условии обеспечения системы здравоохранения достаточным количеством медицинских работников — не только молодых специалистов, нуждающихся в наставниках, но и тех, кто имеет значительный опыт работы и был бы готов передать его молодым.

Не только резкий рост нагрузки, но и вызванный реорганизациями стресс также негативно сказался на возможностях реализации эффективного наставничества:

«Наставничество реализовывалось на моих глазах, но оно сошло почти на «нет». Очень ускорились темпы работы. Реорганизация больно ударила по людям, по уже устоявшемуся ритму работы. Вдруг все полетело в тартарары: у кого-то поменяли должности, место. Наиболее опытные люди тоже оказались в стрессовой ситуации. Им стало сложно передавать свой опыт» (заместитель главного врача).

Все это накладывалось на заметное снижение качества подготовки молодых специалистов в системе профессионального образования:

«Возник провал в образовании — люди из вузов и медучилищ приходили не сильно подготовленные. Сложно было работать как наставнику — просто выводило из себя. А надо было и деньги зарабатывать, и семью кормить» (заместитель главного врача).

При этом трудовые затраты наставников практически не компенсировались:

Таблица 3

Численность медицинских работников в Москве, чел.

Медицинские работники	2014 г.	2019 г.
Врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющие медицинские услуги	66 280	61 670
Средний медицинский (фармацевтический) персонал	117 852	96 095
Младший медицинский персонал	41 763	9986

Источник: Росстат. Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за 2014 г. и за I полугодие 2019 г.

«Допустим, я работаю на две ставки, значит, я должен выработать определенный объем. То, что я сделаю за час, вдвоем мы будем делать три часа. За «спасибо» оно мне надо? Сейчас человек за вымпел уже не работает! Нужно какое-то стимулирование, назначаемое приказом. Если ему прибавят 25% к окладу, тогда у него будут глаза гореть. А так — за чем?» (представитель медицинского вуза).

Соответственно, возникает проблема формализации роли наставника, гарантирующая определенные меры материального и нематериального поощрения. Наши эксперты неоднократно говорили о необходимости введения соответствующей штатной единицы, закрепляющей права наставников, в том числе в отношении оплаты труда. Однако высказывались опасения, что подобная мера может вести к профанации деятельности. Это, в свою очередь, ставит вопрос о четкой регламентации требований к наставнику и подопечному, а также о внедрении эффективных механизмов контроля результатов подобной деятельности. Между тем, эксперты акцентируют внимание на отсутствии необходимого нормативно-правового сопровождения наставничества:

«Я почитала, как это делается на законодательном уровне: особо-то никак не получается. Где-то прописано какими-то нормативными актами, где-то — не прописано. И получается, что частично это стихийное наставничество — когда есть опытный человек, у него — свой подход, и он учит молодежь «под себя». Но это никак не стыкуется с общей концепцией организации процесса» (заместитель главного врача).

Мотивация наставников формируется как традиционными мерами (материальные и нематериальные стимулы), так и особого рода стимулами — уверенностью, что ученик не изменит своей профессии, данной специальности и/или медицинской организации. Что касается мер нематериального стимулирования, то эксперты особую роль отводят конкурсам профессионального мастерства и другим мероприятиям, позволяющим закрепить лидерскую позицию в коллективе:

«Нематериальное стимулирование тоже очень важно. В моей молодости регулярно проходили конкурсы медицинских сестер в отделении. Сейчас на общегородские мероприятия и даже за границу кого-то посылаем учиться, но это очень маленькая кучка людей — нет возможностей» (заместитель главного врача).

Обсуждение

Анализ мнений экспертов и участников массового опроса позволил выявить акценты в организации наставничества:

1) индивидуализация процесса обучения — несмотря на то что наставничество может принимать коллективную форму, даже в этом случае акцентируется персональный подход;

2) наличие наставника, обладающего помимо специальных медицинских навыков иными, в частности, педагогическими;

3) особый акцент на практику, предполагающую обучение в процессе труда;

4) наличие взаимного доверия, формирующего у наставника представление о том, что его усилия будут не «впустую», т. е. наставник должен получать от молодых специалистов сигналы о том, что они в профессии/в данной организации — всерьез и надолго, иными словами — об отсутствии планов горизонтальной мобильности (как минимум, в ближайшей перспективе) при ориентации на мобильность вертикальную, возрастающую. Это предполагает готовность подопечного видеть в наставнике не просто коллегу или руководителя, но учителя, а также наличие у него трудовых стратегий, практически исключаящих в краткосрочном периоде вариант ухода из этого подразделения/организации;

5) институционализация локальной практики наставничества для каждой медицинской организации с учетом особенностей ее деятельности, организационной культуры, традиций и т. д.;

6) нормативное закрепление механизмов наставничества — начиная с локальных актов и заканчивая актами органов государственного управления;

7) обеспечение наставников особого рода ресурсами: прежде всего, временем, доступом к необходимому для обучения высокотехнологичному оборудованию и т. д.

Кроме того, необходимо использовать инструменты материального (премии, дополнительные ставки, призы на конкурсах наставников и т. д.) и/или нематериального стимулирования (статус социального лидера, помогающего сохранять высокое качество здравоохранения — отрасли особой социальной значимости, развивать научные школы и т. д.).

Выводы

Таким образом, выстраивание системы наставничества предполагает комплексный подход и участие не только медицинских организаций, но и региональных органов власти, общественных организаций, учреждений образования.

I. На уровне медицинских организаций необходимо:

1. Разработка и утверждение процедуры наставничества (составление индивидуальных планов наставничества, перечня наставников, периодов наставничества, критериев, предъявляемых к наставникам, и т. д.), а также системы оценки результатов наставничества (анкетирование молодых специали-

стов, их коллег, экзаменационные испытания прошедших через наставничество, обсуждение хода наставничества в совете наставников и т. д., разработка критериев оценки эффективности наставничества для медицинской организации в целом и др.).

2. Разработка и утверждение локального нормативного акта — положения о наставничестве, определяющего права и обязанности каждой стороны. Необходимо прописать требования к наставникам (должность, стаж работы и др.), перечень сотрудников, охватываемых наставничеством (эксперты отмечают, что в нем нуждаются также сотрудники, сменившие место работы, специализацию, работники старших возрастов), сроки и механизмы наставничества, меры поощрения труда наставников, механизмы контроля и т. д.

3. Предварительное обучение наставников («школы наставников» и др.).

4. Организация Совета наставников, разрабатывающего механизмы наставничества и эффективные инструменты контроля (тестирование подопечных, обсуждение отчета наставника с анализом «дневника наставничества» и т. д.).

5. Активное взаимодействие с медицинскими вузами и колледжами. Отношения будущих наставника и подопечного целесообразно начинать со студенческой скамьи — во время практики, в рамках волонтерской деятельности студентов в стационарах.

6. Обучающие семинары и лекции для групп подопечных на базе медицинских организаций, отраслевых ассоциаций и общественных организаций.

7. Проведение конкурса профессионального мастерства среди наставников.

8. Формирование условий для обмена опытом между сотрудниками в рамках неформальных мероприятий.

9. Формирование и поддержание традиций особого рода наставничества — учительства, которое основано, прежде всего, на личностных качествах и профессиональных достижениях наставника. Такого рода наставники — создатели научных школ, заслуженные работники здравоохранения и т. д. — не просто «доводят» молодых специалистов до соответствия квалификационным требованиям, но и формируют особую инновационную среду, позволяющую сохранять научные традиции, генерировать новые идеи, быстрее адаптироваться к новейшим достижениям медицины, щедро делиться опытом. Подобное наставничество сложнее тиражировать и тем более институционализировать, однако можно создать способствующие ему условия (сокращение нагрузки, формирование определенной рабочей среды).

II. На региональном уровне следует использовать разнообразные инструменты:

- разработка и утверждение регионального типового положения о наставничестве;
- проведение конкурсов профессионального мастерства;
- создание площадок для обсуждения опыта организации наставничества;

- создание региональных советов молодых наставников и организация региональных школ наставничества;
- создание системы учета и анализа работы системы наставничества в регионе;
- внедрение специализированных программ поддержки наставничества;
- учет достижений в области наставничества в качестве одного из критериев в рамках конкурсов профессионального мастерства;
- привлечение к наставничеству молодых медиков-волонтеров.

Заключение

Наставничество остается одним из действенных инструментов развития трудового потенциала медицинских работников. Несмотря на ряд ограничений (высокую нагрузку на медперсонал, отсутствие нормативно-правового сопровождения и т. д.), есть возможность внедрения и закрепления эффективной системы наставничества, в том числе с использованием перечисленных инструментов.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Gibbons A. Definitions of mentor and mentorship. 2015. Режим доступа: <http://www.andrewgibbons.co.uk/free-resources/mentoring/>
- Clutterbuck D. Everyone needs a mentor: fostering talent in your organisation. London: CIPD; 2004.
- Kram K. Mentoring at work: developmental relationships in organisational life. *Adm. Sci. Q.* 1985;30(3). doi: 10.2307/2392687
- Allen T., Eby L., Evans S., Ng T., Dubois D. Does mentoring matter? A multidisciplinary meta-analysis comparing mentored and non-mentored individuals. *J. Vocat. Behav.* 2008;72(2):254—67. doi: 10.1016/j.jvb.2007.04.005
- Butts M., Eby L., Durlley J. The blackwell handbook of mentoring: a multiple perspectives approach. 2008. doi: 10.1002/9780470691960.ch6
- Baranik L., Roling E., Eby L. Why does mentoring work? The Role of perceived organizational support. *J. Vocat. Behav.* 2010;76(3):366—73. doi: 10.1016/j.jvb.2009.07.004
- Clutterbuck D., Raging B. R. Mentoring and diversity: an international perspective. Oxford: Butterworth—Heinemann; 2002.
- Pawson R. Mentoring relationships: an explanatory review. ESRC UK Centre for Evidence Based Policy and Practice: Working Paper 21. London; 2004.
- Woolnough H., Fielden S. L. The impact of a career development and mentoring programme on female mental health nurses: a longitudinal, qualitative study. *Gender in Management.* 2014;29(2). doi: 10.1108/GM-05-2013-0049
- Ramanan R. A., Taylor W. C., Davis R. B., Phillips R. S. Mentoring matters. Mentoring and career preparation in internal medicine residency training. *J. Gen. Intern. Med.* 2006;21(4):340—5. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00346.x
- Kibbe M. R., Pellegrini C. A., Townsend Jr.C. M., Helenowski I. B., Patti M. G. Characterization of mentorship programs in departments of surgery in the United States. *Jama Surg.* 2016;151(10):900—6. doi: 10.1001/jamasurg.2016.1670
- Muenke M. Mentors without borders. *Mol. Genet. Genomic Med.* 2016;4(5):489—93. doi: 10.1002/mgg3.246
- Kalen S., Ponzer S., Seeberger A., Kiessling A., Silen C. Continuous mentoring of medical students provides space for reflection and awareness of their own development. *Int. J. Med. Educ.* 2012;(3):236—44. doi: 10.5116/ijme.50ad.328c
- Sakushima K., Mishina H., Fukuhara S., Sada K., Koizumi J., Sugioaka T. et al. Mentoring the next generation of physician-scientists in Japan: a cross-sectional survey of mentees in six academic medical centers. *BMC Med. Educ.* 2015;15:54. doi: 10.1186/s12909-015-0333-2
- Krishna L., Toh Y. P., Mason S., Kanesvaran R. Mentoring stages: a study of undergraduate mentoring in palliative medicine in Singapore. *PLoS One.* 2019;14(4):e0214643. doi: 10.1371/journal.pone.0214643
- Ng K. Y.B., Lynch S., Kelly J., Mba O. Medical students' experiences of the benefits and influences regarding a placement mentoring programme preparing them for future practice as junior doctors: a qualitative study. *BMJ Open.* 2020;10(1):e032643. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032643
- Тютенкова Ж. А. Анализ современных условий внедрения наставничества в медицине. В сб.: *Новые задачи современной медицины: материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, декабрь 2016 г.)*. СПб.: Свое издательство; 2016. С. 83—85. Режим доступа: <https://moluch.ru/conf/med/archive/239/11336/> (дата обращения 06.06.2020).
- Бурдастова Ю. В. Наставничество в системе здравоохранения: тренд или необходимость? *Народонаселение.* 2020;23(1):148—54.
- Аксенова Е. И., Александрова О. А., Аликперова Н. В., Богдан И. В., Бурдастова Ю. В., Виноградова К. В. и др. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения: Коллективная монография. М.: ГБУ НИИОЗММ ДЗМ; 2019: 244 с.
- Ярашева А. В., Александрова О. А., Медведева Е. И., Аликперова Н. В., Крошилилин С. В. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз.* 2020;13(1):174—90.
- Александрова О. А., Ярашева А. В., Аксенова Е. И., Аликперова Н. В., Ненахова Ю. С. Управленческие кадры в московском здравоохранении: поиск ответов на актуальные вопросы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2019;27(S):522—8.
- Субочева О. Н. Наставничество как фактор эффективности организации. *Общество: социология, психология, педагогика.* 2016;12.

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

- Gibbons A. Definitions of mentor and mentorship. 2015. Available at: <http://www.andrewgibbons.co.uk/free-resources/mentoring/>
- Clutterbuck D. Everyone needs a mentor: fostering talent in your organisation. London: CIPD; 2004.
- Kram K. Mentoring at work: developmental relationships in organisational life. *Adm. Sci. Q.* 1985;30(3). doi: 10.2307/2392687
- Allen T., Eby L., Evans S., Ng T., Dubois D. Does mentoring matter? A multidisciplinary meta-analysis comparing mentored and non-mentored individuals. *J. Vocat. Behav.* 2008;72(2):254—67. doi: 10.1016/j.jvb.2007.04.005
- Butts M., Eby L., Durlley J. The blackwell handbook of mentoring: a multiple perspectives approach. 2008. doi: 10.1002/9780470691960.ch6
- Baranik L., Roling E., Eby L. Why does mentoring work? The Role of perceived organizational support. *J. Vocat. Behav.* 2010;76(3):366—73. doi: 10.1016/j.jvb.2009.07.004
- Clutterbuck D., Raging B. R. Mentoring and diversity: an international perspective. Oxford: Butterworth—Heinemann; 2002.
- Pawson R. Mentoring relationships: an explanatory review. ESRC UK Centre for Evidence Based Policy and Practice: Working Paper 21. London; 2004.
- Woolnough H., Fielden S. L. The impact of a career development and mentoring programme on female mental health nurses: a longitudinal, qualitative study. *Gender in Management.* 2014;29(2). doi: 10.1108/GM-05-2013-0049
- Ramanan R. A., Taylor W. C., Davis R. B., Phillips R. S. Mentoring matters. Mentoring and career preparation in internal medicine residency training. *J. Gen. Intern. Med.* 2006;21(4):340—5. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00346.x
- Kibbe M. R., Pellegrini C. A., Townsend Jr.C. M., Helenowski I. B., Patti M. G. Characterization of mentorship programs in departments of surgery in the United States. *Jama Surg.* 2016;151(10):900—6. doi: 10.1001/jamasurg.2016.1670
- Muenke M. Mentors without borders. *Mol. Genet. Genomic Med.* 2016;4(5):489—93. doi: 10.1002/mgg3.246
- Kalen S., Ponzer S., Seeberger A., Kiessling A., Silen C. Continuous mentoring of medical students provides space for reflection and awareness of their own development. *Int. J. Med. Educ.* 2012;(3):236—44. doi: 10.5116/ijme.50ad.328c
- Sakushima K., Mishina H., Fukuhara S., Sada K., Koizumi J., Sugioaka T. et al. Mentoring the next generation of physician-scientists in Japan: a cross-sectional survey of mentees in six academic medical centers. *BMC Med. Educ.* 2015;15:54. doi: 10.1186/s12909-015-0333-2
- Krishna L., Toh Y. P., Mason S., Kanesvaran R. Mentoring stages: a study of undergraduate mentoring in palliative medicine in Singapore. *PLoS One.* 2019;14(4):e0214643. doi: 10.1371/journal.pone.0214643
- Ng K. Y.B., Lynch S., Kelly J., Mba O. Medical students' experiences of the benefits and influences regarding a placement mentoring programme preparing them for future practice as junior doctors: a qualitative study. *BMJ Open.* 2020;10(1):e032643. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032643
- Тютенкова Ж. А. Анализ современных условий внедрения наставничества в медицине. В сб.: *Новые задачи современной медицины: материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, декабрь 2016 г.)*. СПб.: Свое издательство; 2016. С. 83—85. Режим доступа: <https://moluch.ru/conf/med/archive/239/11336/> (дата обращения 06.06.2020).
- Бурдастова Ю. В. Наставничество в системе здравоохранения: тренд или необходимость? *Народонаселение.* 2020;23(1):148—54.
- Аксенова Е. И., Александрова О. А., Аликперова Н. В., Богдан И. В., Бурдастова Ю. В., Виноградова К. В. и др. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения: Коллективная монография. М.: ГБУ НИИОЗММ ДЗМ; 2019: 244 с.
- Ярашева А. В., Александрова О. А., Медведева Е. И., Аликперова Н. В., Крошилилин С. В. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз.* 2020;13(1):174—90.
- Александрова О. А., Ярашева А. В., Аксенова Е. И., Аликперова Н. В., Ненахова Ю. С. Управленческие кадры в московском здравоохранении: поиск ответов на актуальные вопросы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2019;27(S):522—8.
- Субочева О. Н. Наставничество как фактор эффективности организации. *Общество: социология, психология, педагогика.* 2016;12.

14. Sakushima K., Mishina H., Fukuhara S., Sada K., Koizumi J., Sugio-ka T. et al. Mentoring the next generation of physician-scientists in Japan: a cross-sectional survey of mentees in six academic medical centers. *BMC Med. Educ.* 2015;15:54. doi: 10.1186/s12909-015-0333-2
15. Krishnal L., Toh Y. P., Mason S., Kanesvaran R. Mentoring stages: a study of undergraduate mentoring in palliative medicine in Singapore. *PLoS One.* 2019;14(4):e0214643. doi: 10.1371/journal.pone.0214643
16. Ng K. Y.B., Lynch S., Kelly J., Mba O. Medical students' experiences of the benefits and influences regarding a placement mentoring programme preparing them for future practice as junior doctors: a qualitative study. *BMJ Open.* 2020;10(1):e032643. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032643
17. Tyutenova Zh.A. Analysis of current conditions for the introduction of mentoring in medicine. In: *New challenges of modern medicine: materials of the Fourth International Scientific Conference [Novyye zadachi sovremennoy meditsiny: materialy IV Mezhdunar. nauch. konf.]*. St. Petersburg: Own publishing house; 2016. P. 83—85. (in Russian).
18. Burdastova Yu. V. Mentoring in the health system: trend or need? *Narodonaseleniye.* 2020;23(1):148—54 (in Russian).
19. Aksenova E. I., Aleksandrova O. A., Alikperova N. V., Bogdan I. V., Burdastova Yu. V., Vinogradova K. V. et al. *Human resource development in the capital healthcare: Collective monograph [Razvitiye kadrovogo potentsiala stolichnogo zdravookhraneniya: Kollektivnaya monografiya]*. Moscow: Research Institute of health organization and medical management of the Moscow city health Department; 2019: 244 p. (in Russian).
20. Yarasheva A. V., Aleksandrova O. A., Medvedeva E. I., Alikperova N. V., Kroshilin S. V. Problems and prospects of staffing in Moscow healthcare. *Ekonomicheskiye i sotsial'nyye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz.* 2020;13(1):174—90 (in Russian).
21. Aleksandrova O. A., Yarasheva A. V., Aksenova E. I., Alikperova N. V., Nenakhova Yu. S. Senior management in Moscow healthcare: search for answers to urgent questions. *Problemy sotsial'noy gigiyeny zdravookhraneniya i istorii meditsiny.* 2019;27(S):522—8 (in Russian).
22. Subocheva O. N. Mentoring as a factor in organizational effectiveness. *Obshchestvo: sotsiologiya, psikhologiya, pedagogika.* 2016;12.

Волкова О. А., Смирнова Е. В.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В СТОЛИЧНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

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

Одним из последствий продолжающейся урбанизации (возрастающие показатели продолжительности жизни и одновременно снижающиеся средние показатели рождаемости) является распространенность хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) при высоком уровне организации и предоставлении медицинской помощи пациентам с данными патологиями. Учитывая высокий уровень финансовых потерь, наносимых любой экономикой мира потерями, связанными с такими неблагоприятными исходами ХНИЗ, как инвалидность, ранняя смертность трудоспособного населения, а также существенный рост стоимости лечения на поздних стадиях болезни, решение проблем диспансерного наблюдения (ДН) пациентов с ХНИЗ — как объективных, так и зависящих от поведения субъекта наблюдения (пациента) — является актуальной задачей для здравоохранения. В связи с этим целью настоящего исследования является поиск организационных решений в совершенствовании ДН пациентов с ХНИЗ в столичной системе здравоохранения.

Проведен анализ статистических данных медицинских организаций Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Корреляционный анализ выявил высокую зависимость между ростом числа лиц во II и III группах здоровья и числом физических лиц, состоящих на ДН на конец года, и ее отсутствие между результатами диспансеризации и численностью пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом, а также рост числа заболеваний состоящих на конец отчетного периода (года) на ДН.

Выдвинуто предположение, что среди пациентов, находящихся на ДН, преобладают пациенты с полиморбидными состояниями, что требует особого подхода в организации их ведения. К возможным направлениям оптимизации организационной модели ДН относятся выделение отдельных часов (дней) приема для таких пациентов, обеспечение каждого врача (участкового терапевта, врача общей практики, семейного врача) помощью постоянного медицинского работника со средним медицинским образованием (для решения вопросов организационного характера) и др.

К л ю ч е в ы е с л о в а : хронические неинфекционные заболевания; диспансерное наблюдение; первичная медицинская помощь; заболеваемость.

Для цитирования: Волкова О. А., Смирнова Е. В. Пути совершенствования организации диспансерного наблюдения в столичном здравоохранении. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(специальный выпуск):1094—1100. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1094-1100>

Для корреспонденции: Волкова Оксана Александровна, ст. научный сотрудник НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ; e-mail: volkova0a3@zdrav.mos.ru.

Volkova O. A., Smirnova E. V.

IMPROVEMENT OF ORGANIZATIONAL APPROACHES TO REGULAR MEDICAL CHECKUP SERVICE IN THE METROPOLITAN HEALTHCARE SYSTEM

State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115184 Moscow, Russian Federation

An adequate response to the challenges people face in the context of continuing urbanization, increasing life expectancy and, at the same time, falling birth rates, is to maximize the containment of chronic non-communicable diseases (NCDs) by high level of healthcare organization and medical services provided to the patients with such pathologies. Global economic losses caused by NCDs result in disability and early mortality among working population as well as in significant treatment costs increasing with the advancement of the disease. That is why outpatient care for NCD patients which includes behaviour factors monitoring is an urgent task for the world and Russian healthcare.

In this regard, the goal of this study is to find organizational solutions to improve regular medical checkup service for NCD patients in the metropolitan healthcare system, relying on the data provided by medical organizations in the form of statistical observations.

Thus, the results of correlation analysis have revealed a connection between the increased number of individuals in the second and third health groups and individuals scheduled for a regular medical checkup at the end of the year and its absence between the clinical examination results and the number of firstly diagnosed patients. It is also reported that the number of diseases registered for a regular medical checkup at the end of the reporting period (year) has increased, so patients with polymorbid conditions are supposed to prevail among the others on these days and require a special approach to their management.

Taking into account the results obtained, possible ways for optimizing the organizational model of a regular medical checkup are the following: special hours (days) for such patients admission, permanent cooperation of a doctor (local general practitioner, GP, family doctor) and a health worker with a secondary medical education (to deal with organizational issues), etc.

Key words : chronic non-communicable diseases (NCDs); regular medical checkup; primary care; incidence.

For citation: Volkova O. A. Smirnova E. V. Improvement of organizational approaches to regular medical checkup service in the metropolitan healthcare system. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue): (In Russ.)1094—1100. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1094-1100>

For correspondence: Volkova O.A, senior researcher of the Research Institute of health care organization and medical management of the Department of health of the city of Moscow, e-mail: VolkovaOA3@zdrav.mos.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020

Accepted 29.07.2020

По данным Всемирной организации здравоохранения, в последние годы более 70% случаев смерти в мире связаны с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ), причем около 80% случаев смерти приходится на четыре группы заболеваний:

- сердечно-сосудистые заболевания — 17,9 млн;
- онкологические — 9 млн;
- хронические обструктивные болезни легких — 3,9 млн;
- сахарный диабет — 1,6 млн.

Смертность по этим причинам будет расти и к 2030 г., по прогнозным оценкам ВОЗ, может унести до 52 млн жизней [1, 2].

По частоте распространенности ХНИЗ среди населения не стала исключением из правил и Россия, учитывая, что причиной более чем 67% случаев смерти взрослого населения РФ являются ХНИЗ, из которых, как и во всем мире, 1-е место занимают сердечно-сосудистые заболевания [3]. По оперативным данным Минздрава России, только в январе 2020 г. более 77 тыс. человек умерло по причине сердечно-сосудистых заболеваний, и, несмотря на снижение численности умерших относительно января 2019 г. на 9%, смертность по данной причине остается высокой¹. Чувствительность для социально-экономического развития страны последствий от возможных исходов ХНИЗ (инвалидность, ранняя смертность трудоспособного населения, рост стоимости лечения на поздних стадиях ХНИЗ и пр.) неоспорима и не требует дополнительной аргументации. Актуальность вопросов организации и качества диспансерного наблюдения (ДН) пациентов с ХНИЗ подтверждается результатами научных исследований, свидетельствующих, что при численности терапевтического участка 1800 человек (из них ДН охвачены 200 пациентов) на ДН должны находиться не менее 700 пациентов только с артериальной гипертензией [3].

Исходя из аналогичной общероссийской структуры причин смерти, численности населения московского региона, насчитывающей 15—17 млн человек, высокой урбанизации и роста продолжительности жизни при низкой рождаемости, как и в большинстве крупнейших агломераций мира, проблема сдерживания распространенности ХНИЗ среди населения актуальна и для столичного здравоохранения.

Материалы и методы

В качестве объекта исследования рассматривались ДН пациентов с ХНИЗ или пациентов, имеющих риск их развития, в медицинских организациях (МО) государственной системы здравоохранения города Москвы, предоставляющих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) взрослому населению.

Источники информации настоящего исследования: базы данных справочной правовой системы «Консультант Плюс» и «Информационно-правового портала Гарант», сведения «Единой межведомственной информационно-статистической системы Росстата (ЕМИСС)» и Центра медицинской статистики ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», банк документов ВОЗ, электронные базы РИНЦ, Medscape, PubMed, Science Direct. По ключевым словам (диспансерное наблюдение, ХНИЗ, бремя НИЗ, качество жизни пациентов, долгосрочное наблюдение и др.) проведен научно организованный сбор материалов по теме исследования в наиболее релевантных статьях, опубликованных за последние годы. Изучены федеральные и региональные нормативные правовые документы, регулирующие оказание ПМСП, включая организацию профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, ДН, а также сведения утвержденных в установленном порядке форм федерального статистического наблюдения на соответствие требованиям, предъявляемым к порядку проведения ДН за взрослыми².

Базой настоящего исследования послужили отдельные медицинские организации ПМСП, отобранные путем типологической выборки по заданным параметрам (по организационному принципу — самостоятельные, по территориальному принципу — городские, по профилю деятельности — предоставляющие ПМСП взрослому населению, по форме собственности — государственные медицинские организации, по источникам финансирования — за счет средств обязательного медицинского страхования и средств бюджета) с сопоставимой численностью прикрепленного населения.

В процессе исследования проанализированы в динамике статистические данные по теме исследования (демографические показатели, показатели заболеваемости, смертности и др.), размещенные в открытом доступе в ЕМИСС, и отдельные ретроспективные общепринятые статистические показатели профилактической деятельности выбранных медицинских организаций ПМСП за 2016—2019 гг.: сведения форм федерального статистического наблюде-

¹ Мурашко М.А. Мы будем сопровождать каждого человека. Министрство здравоохранения Российской Федерации. Новости. 03.03.2020. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2020/03/03/13463-mihail-murashko-my-budem-soprovodzhat-kazhdogo-cheloveka> (дата обращения 28.04.2020).

² Приказ Минздрава России от 29.03.2019 № 173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Таблица 1

Динамика демографических и медико-социальных показателей по Москве за 2010—2018 гг.

Показатель	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Численность населения, тыс. человек	11541,1	12012	11979,5	12108,3	12197,6	12330,1	12380,7	12506,5	12615,3
Численность родившихся, тыс. человек	122,9	124,7	134,9	135,9	137,2	142,2	145,3	133,7	132,5
Естественный прирост, ‰	-0,3	1,1	1,4	1,6	1,6	1,6	1,7	1,2	0,8
Численность умерших, тыс. человек	126	111,9	117,7	116	117,5	121,9	123,8	118,9	122,1
Численность умерших в трудоспособном возрасте, на 100 тыс. человек соответствующего возраста	—	359,5	364,3	352,6	351,9	340,7	326,1	309,1	317,4
в том числе по причине заболевания:									
органов дыхания	—	—	—	—	—	9,3	11,8	9,6	9,8
органов пищеварения	—	—	—	—	—	23,7	24,2	22,8	22,8
системы кровообращения	—	117,6	116,8	106,3	94,9	80,7	92,6	112	112
внешние причины	—	59,4	59,4	53,4	54,1	50,1	59,2	58,3	56,2
новообразования	—	58,7	57,6	56,3	57,6	57	62,2	57	58,3
Заболеваемость взрослого населения, на 100 тыс. человек	136419,1	130070,1	131001,6	128256,9	124877,8	118462	117098,7	116050,3	120202,4
в том числе с диагнозом, установленным впервые	51344,8	49115,7	48538,1	46909,8	44203,7	41687,7	41888,3	40802,3	42992,8
Численность инвалидов всего, тыс. человек	1632	1638	1634	1615	1592	1537	1539	1088	1070
в том числе:									
I группа	—	—	—	—	—	127	121	118	114
II группа	—	—	—	—	—	857	840	563	538
III группа	—	—	—	—	—	496	516	367	378
Число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих									
Россия	790,2	795,6	736,7	720,3	697,1	592,9	584,4	—	—
Москва	445,8	509,1	471,1	452,2	417,7	333,4	346,5	—	—
Средняя продолжительность случая временной нетрудоспособности									
Россия				12,7	12,72	5,9	5,8	—	—
Москва				11,95	11,84	3,3	3,5	—	—

ния № 12 (ФФСН № 12)³, № 30⁴ и отраслевой статистической отчетности № 131 (Форма № 131)⁵.

Статистическая обработка полученных данных выполнена на основе пакета программ статистического анализа и мастера диаграмм в MS Excel 2010.

Результаты исследования

Оценивая текущее положение в государственной системе здравоохранения Москвы, нельзя не отметить положительные тенденции. Так, анализ уровня заболеваемости взрослого населения Москвы за 2010—2018 гг., проведенный с использованием данных ЕМИСС, свидетельствует о плавном снижении как общей, так и первичной заболеваемости на 11,9% и 16,3% относительно данных 2010 г. Число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. населения уменьшилось на 12% по сравнению с 2011 г., доля инвалидов снизилась на 40%, продолжительность и число дней временной нетрудоспособности работающего населения практически на 40% ниже общероссийских показателей (табл. 1).

Ориентируясь на создание высокоэффективной системы оказания медицинской помощи населению,

за последние годы столичное здравоохранение подверглось серьезным структурным и организационным преобразованиям на всех этапах и уровнях. В рамках развития системы оказания ПМСП на базе сети амбулаторно-поликлинических МО государственной системы здравоохранения Москвы созданы и продолжают создаваться современные технологичные и экономически эффективные амбулаторные центры. Совершенствуются стационарозамещающие технологии, предусматривающие открытие стационаров краткосрочного пребывания, центров амбулаторной хирургии и стационаров на дому, а также организационные аспекты оказания ПМСП в целом [4, 5]. Внедрены система самостоятельной записи пациентов к врачу первичного звена (участковому терапевту, врачу общей практики (ВОП)/семейному врачу/педиатру, хирургу, урологу, офтальмологу, оториноларингологу, гинекологу), система управленческого контроля за доступностью врачебного приема, минимизировавшая время его ожидания, и электронные медицинские карты⁶. В рамках реализации проекта «Московский стандарт поликлиники»⁷ с целью повышения доступности ПМСП для населения, снижения нагрузки на врачей и пере-

³ Приказ Росстата от 24.12.2018 № 773 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

⁴ Приказ Росстата от 03.08.2018 № 483 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

⁵ Приказ Минздрава России от 06.03.2015 № 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению».

⁶ Видеонаблюдение поможет улучшить работу поликлиник. Режим доступа: <http://emias.mos.ru/press-center/our-news/2017/01/17/videoablyudenie-pomozhet-uluchshit-rabotu-poliklinik-1> (дата обращения 26.02.2019).

⁷ Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 06.04.2016 № 293 «Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий «Московский стандарт поликлиники» и критериев оценки устойчивости его внедрения» (вместе с «Регламентом реализации мероприятий по оказанию плановой медицинской помощи на дому пациентам с ограничением (отсутствием) способности к самостоятельному передвижению и/или самообслуживанию, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в медицинских организациях»).

Т а б л и ц а 2

Сводные показатели динамики численности групп здоровья за 2016—2019 гг.

	I группа здоровья				II группа здоровья				III группа здоровья			
	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Численность групп здоровья	80 182	92 695	87 811	78 182	46 385	57 475	60 041	56 113	154 186	174 940	177 690	222 347
Абсолютный прирост												
цепной	—	12 513	–4884	–9629	—	11090	2566	–3928	—	20 754	2750	44 657
базисный	—	12 513	7629	–2000	—	11090	13 656	9728	—	20754	23 504	68 161
Темп роста												
цепной	100	115,61	94,73	89,03	100	123,91	104,46	93,46	100	113,46	101,57	125,13
базисный	100	115,61	109,51	97,51	100	123,91	129,44	120,97	100	113,46	115,24	144,21
Темп прироста												
цепной	—	15,61	–5,27	–10,97	—	23,91	4,46	–6,54	—	13,46	1,57	25,13
базисный	—	15,61	9,51	–2,49	—	23,91	29,44	20,97	—	13,46	15,24	44,21
Абсолютное содержание 1% прироста	—	—	926,95	878,11	—	—	574,75	600,41	—	—	1749,4	1776,9

ориентации их на прием пациентов, выписка рецептов, справок и направлений передана на сестринские посты, обслуживание вызовов на дом осуществляется специализированными врачебными бригадами, прием пациентов без записи ведется дежурным врачом [6]. Для оказания долговременной медико-профилактической помощи пациентам с ограничением (отсутствием) способности к самостоятельному передвижению и/или самообслуживанию по причине заболевания, последствий травм или дефектов на базе МО ПМСП организована патронажная служба, состоящая из врачей и среднего медицинского персонала с численностью участков, не превышающей 175 и 350 пациентов для ВОП и среднего медперсонала соответственно. В целях улучшения качества ДН возрастных пациентов (от 55—60 лет и старше) со множественными ХНИЗ, не ограниченных в самостоятельном передвижении, выделены врачи, ведущие на постоянной основе до 500 человек таких пациентов, вкуче с увеличением до 40 мин времени приема. Однако, несмотря на позитивные преобразования в организации ПМСП населению столицы, нерешенными остаются вопросы ДН взрослого населения с ХНИЗ, не попадающего в категорию пожилых или патронажных пациентов.

Так, с точки зрения приверженности лечению, свободная запись к любому ВОП (семейному врачу, участковому терапевту) и передача ряда их функций врачам выездных бригад могут снижать уровень их ответственности за состояние здоровья населения на участке и являться причиной утраты преемственности в лечении пациентов, состоящих на ДН [4].

С целью выявления степени зависимости итогов диспансеризации и ДН на основании сведений Формы № 131 (табл. 7000 «Общие результаты диспансеризации определенных групп взрослого населения») в выбранных МО проведено исследование распределения численности взрослого населения в группах здоровья в динамике за 2016—2019 гг. (табл. 2).

В 2019 г. по сравнению с 2018 г. численность практически здорового населения (лица, включенные в I-ю группу здоровья) уменьшилась на 9629 человек или на 11%, свидетельствуя о снижении численности пациентов в данной группе и убывающей тенденции ряда. Среднее значение ежегодного сокращения чис-

ленности I-й группы здоровья составляет 666,67 человека, или 0,8% [7].

Во II группе здоровья, несмотря на некоторое замедление темпа наращивания численности в 2019 г. по сравнению с 2018 г. (3928 человек или 6,5%), средний абсолютный прирост численности за весь рассматриваемый период составил 3242,67 человека, или 6,5%, демонстрируя в перспективе тенденцию к росту.

Третья группа здоровья в 2019 г. характеризуется максимальным приростом численности по сравнению с 2018 г. (+44 657 человек, или 25,1%). По отношению к 2016 г. численность данной группы увеличилась на 68 161 человека, или на 44,2%. Темп наращивания демонстрирует возрастающую тенденцию ряда и свидетельствует о перспективах ускорения роста числа лиц с III группой здоровья.

Проведенный в целях выявления степени зависимости динамики изменений показателей диспансеризации и ДН корреляционный анализ продемонстрировал наличие высокой зависимости между ростом числа лиц во II и III группах здоровья и негативными изменениями численности I группы здоровья, или так называемого здорового населения, с числом физических лиц, состоящих на ДН на конец года, с коэффициентом корреляции 0,98 ($0,9 < r_{xy} < 0,99$ по шкале Чеддока). При этом анализ корреляционной зависимости численности лиц со II и III группами здоровья с численностью взятых под ДН с впервые в жизни установленным диагнозом продемонстрировал слабую зависимость или отсутствие корреляции, значение коэффициента корреляции в этом случае составило 0,11 ($0,1 < r_{xy} < 0,3$ по шкале Чеддока). Вместе с тем в разрезе отдельных МО, выбранных для исследования, за рассматриваемый период число лиц, состоящих на ДН на конец отчетного года (табл. № 3002 ФФСН № 12), снизилось или увеличилось незначительно, как и охват населения ДН (табл. 3).

В целом, учитывая рост числа пациентов, состоящих на ДН на конец отчетного года, и отсутствие корреляционной зависимости между результатами диспансеризации и численностью пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом, а также рост числа заболеваний пациентов, состоящих на конец отчетного периода (года) на ДН, можно предполо-

Динамика изменения численности пациентов, состоящих на ДН на конец года, и охвата ДН за 2016—2019 гг.

МО	Численность пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом, состоящих на ДН				Состоит по ДН на конец года				Охват населения диспансерным наблюдением ДН, %			
	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
МО 1	28 932	28 734	37 245	47 065	23 169	34 691	40 966	70 549	15,29	22,71	26,68	46,02
МО 2	54 696	59 367	59 475	59 587	49 390	51 468	52 930	52 957	28,33	29,49	30,13	30,03
МО 3	42 570	31 627	32 012	58 741	17 590	16 041	16 023	55 121	12,39	11,46	11,47	39,52
МО 4	48 900	44 356	46 558	40 565	21 842	21 692	21 778	48 130	16,05	16,08	16,30	36,21
МО 5	55 720	52 564	49 372	28 792	31 457	65 324	67 348	25 813	15,22	31,75	32,79	12,55
МО 6	44 498	35 158	35 331	35 109	34 764	31 758	33 586	43 777	17,11	16,02	17,13	22,37
МО 7	23 398	25 104	31 254	32 071	13 388	26 095	28 024	38 262	9,70	18,97	20,36	28,14
МО 8	46 073	43 915	39 380	53 846	47 239	44 824	45 796	25 414	21,69	20,36	20,49	11,28
МО 9	42 475	42 058	46 359	31 942	35 196	39 374	43 285	67 412	17,77	19,86	21,53	33,44

жить преобладание среди диспансерных пациентов больных с полиморбидными состояниями. Кроме того, в исследуемых МО отсутствует активное привлечение населения к прохождению диспансеризации, а достижение плановых показателей охвата обеспечивается за счет пациентов, обращающихся в МО ПМСП самостоятельно.

Косвенное представление об эффективности проводимых профилактических и лечебных мероприятий, в том числе уровне организации ДН пациентов с ХНИЗ, дает анализ динамики значений показателей заболеваемости (первичной и общей), а также различные варианты взаимосвязи обоих показателей в течение определенного времени. Так, показатель первичной заболеваемости в выбранных МО характеризуется негативной динамикой (рис. 1).

При этом показатель общей заболеваемости демонстрирует незначительную положительную динамику (рис. 2).

Негативная направленность тренда первичной заболеваемости в течение определенного периода в отсутствие изменений показателя общей заболеваемости за тот же период или его незначительная положительная динамика могут говорить о повышении уровня заболеваний и частоты выздоровлений,

что позволяет предположить высокую эффективность лечения на фоне недостаточно эффективной профилактики. Однако восходящий тренд первичной заболеваемости прикрепленного населения может свидетельствовать и о высоком качестве диагностических исследований, а также доступности медицинской помощи.

Обсуждение

Учитывая, с одной стороны, имеющиеся позитивные преобразования в организации ПСМП взрослому населению столицы, с другой — нерешенные до конца вопросы вторичной профилактики ХНИЗ или ДН той части взрослого населения, которая не попадает в категорию пожилых либо патронажных пациентов, необходимо отметить наличие отдельных направлений деятельности МО ПМСП, требующих более глубокого изучения. В частности, по нашему мнению, одним из важнейших направлений является минимизация негативных сторон свободной записи к любому врачу (участковому терапевту, ВОП, семейному врачу) — актуальная как с точки зрения преемственности в лечении пациентов, подлежащих ДН, так и с позиции качества оказываемой медицинской помощи.

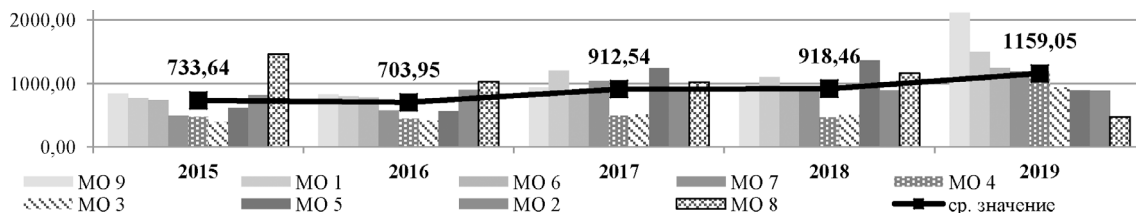


Рис. 1. Первичная заболеваемость прикрепленного населения в выбранных МО за 2015—2019 гг. (на 1000 населения).

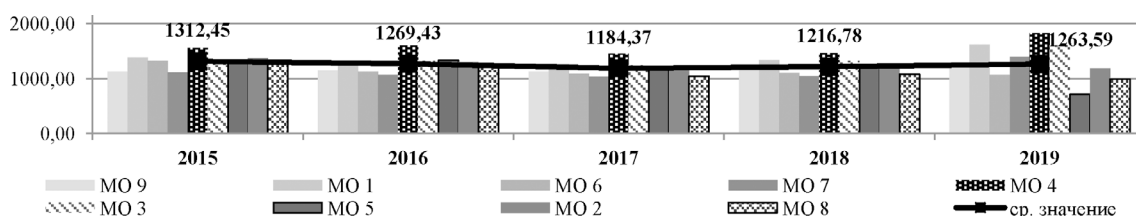


Рис. 2. Общая заболеваемость прикрепленного населения в выбранных МО за 2015—2019 гг. (на 1000 населения).

Косвенным подтверждением актуальности данной проблемы стали результаты анкетирования врачей в отдельных МО столицы, оказывающих ПМСП, проведенного ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» в сентябре 2019 г. Так, на вопрос «По вашему мнению, какой принцип работы с населением способствует повышению качества медицинской помощи?», большинство врачей (участковых терапевтов, ВОП, семейных врачей) ответили: «четкое разделение пациентов по участкам». С аналогичным заявлением в 2016 г. выступила группа врачей одной из московских МО, предоставляющих ПМСП⁸. Воспитанные на принципах динамического ДН, заложенного в основу советского и российского здравоохранения, они апеллировали к тому, что вести пациента должен один врач (участковый терапевт, ВОП, семейный врач), и только такой подход дает возможность качественно оценить динамику состояния пациента, эффективность выбранной терапии, приверженность лечению и, как следствие, повысить качество жизни конкретного пациента [4]. Таким образом, качественная, ориентированная на пациента медицинская помощь должна состоять из трех компонентов: связь, партнерство и укрепление здоровья, поскольку связь между тяжестью заболевания и стремлением пациентов к эффективному общению и партнерству со своим лечащим врачом закладывают основы для улучшения состояния здоровья пациентов и снижения риска развития коморбидных заболеваний [8].

Дополнительным фактором, затрудняющим адекватность оценки уровня качества ДН как в регионе в целом, так и в отдельной МО, является несовершенство системы учета, точнее, существующего статистического инструментария. Так, в настоящее время систематический учет данных, заслуживающих внимания, таких как профилактическая активность и качество предоставляемой медицинской помощи, утвержденным в установленном порядке статистическим инструментарием не предусмотрен. Кроме первичных учетных форм в МО, оказывающих ПМСП, единственным источником информации о превалирующих нозологических формах ХНИЗ и ДН является ФСН № 12, анализ которой позволяет оценить распространенность, структуру и динамику зарегистрированных заболеваний у прикрепленного населения в целом, в отдельных возрастных и половых группах сельского или городского поселения, района, субъекта РФ и Российской Федерации в целом. При этом отсутствие сведений о численности заболевших в разрезе нозологических групп и форм, информации об исходах заболеваний (обострение, стабилизация, ухудшение), причине снятия с ДН (выздоровление, госпитализация, смерть) и длительности заболевания существенно снижает не только информативность, но и объективность анализа. Также затруднительно однозначно оценить характер динамики изменений заболевае-

мости населения (негативный или позитивный) исключительно на основании анализа вышеуказанной формы ФСН, учитывая, что рост уровня заболеваемости той или иной нозологической формой может быть обусловлен как высоким уровнем диагностики, т. е. обеспечиваться позитивными изменениями, так и наоборот. Например, эффективная диспансеризация приводит к формальному росту уровня заболеваемости. Одновременно следует отметить проблему сопоставимости сведений Формы № 12 и Формы № 131, учитывая, что результаты диспансеризации, представленные в Форме № 131, не предусматривают стратификации пациентов на лиц, подлежащих и уже находящихся на ДН на момент проведения диспансеризации. Таким образом, руководствуясь исключительно сведениями действующих форм ФСН и отраслевой статистической отчетности, нельзя очертить границу между таким положительным явлением, как качество диагностики и таким отрицательным фактором, как рост заболеваемости, и, следовательно, невозможно говорить однозначно и о качестве ДН.

Заключение

Учитывая реалии существующих возможностей статистического инструментария и ориентируясь на мнение врачей, акцентирующих внимание на непрерывности процесса ДН, объединяющего различные формы профилактической, лечебно-оздоровительной, санитарно-просветительской работы, следует признать, что достичь должного качества ДН невозможно без знания пациентов на своем участке, т. е. одним из важнейших организационных решений в столичном здравоохранении мог бы стать возврат к закреплению пациентов, состоящих на ДН, за одним врачом с сохранением при этом права пациента на выбор врача, регламентированного 323-ФЗ⁹ [2]. Необходимо отметить, что данный «возврат» не является механическим повторением былой парадигмы, а выступает в форме методологии ведения пациентов, страдающих ХНИЗ, с одной стороны, учитывающей весь накопленный позитивный опыт многолетней работы системы здравоохранения с данной категорией, и с другой — дополненной набором опций, позволяющих реально оптимизировать процедуру оказания ПМСП.

Так, учитывая необходимость в достаточном количестве времени для общения, осмотра пациента, оценки прогресса состояния его здоровья и приверженности назначенному лечению, просмотра прошлых записей и надлежащего оформления текущих, в расписании врачей, осуществляющих ДН за пациентами с ХНИЗ, целесообразно выделить часы (дни) приема для таких пациентов. Одновременно, подходя к организации ДН пациентов с ХНИЗ с точки зрения эффективности исполнения утвержденных приказами Минздрава России порядков оказания помощи участковым врачом (ВОП, семейным врачом),

⁸ Обращение терапевтов о разрушении участкового принципа в Москве. Профсоюз «Действие»; 2016. Режим доступа: <http://medrabotnik.org/materials/644>. (дата обращения 18.04.2020).

⁹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

необходимо обеспечить обязательное наличие у каждого врача (участкового терапевта, ВОП, семейного врача) помощи постоянного медицинского работника со средним медицинским образованием. В этом случае часть работы по ведению пациентов будет передана ему. Это позволит обеспечить решение вопросов организационного характера:

- ведение регистра пациентов, состоящих на ДН, прикрепленных к данному участку;
- активные приглашения на прием пациентов, находящихся под наблюдением у врача, в том числе в сотрудничестве со страховым представителем;
- взаимодействие с диагностическими и консультационными подразделениями медицинской организации и контроль выполнения необходимых исследований и консультаций по заболеванию;
- оформление необходимой медицинской документации, в том числе в электронном виде;
- контроль своевременности явки, выполнения врачебных назначений и рекомендаций;
- непосредственный и (или) дистанционный контроль достижения целевых показателей по заболеванию.

Самоконтроль заболевания под постоянным динамическим наблюдением квалифицированного среднего медицинского работника, в том числе посредством телемедицинских технологий, может значительно улучшить состояние здоровья пациента, снизив частоту обострений и обращений за более дорогостоящей медицинской помощью [9].

Эти простейшие в организационном плане и, в конечном счете, не столь финансово обременительные меры способны стать триггером для обеспечения результативности деятельности системы предоставления ПМСП в целом.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения. Топ-10 ведущих причин смерти. Информационный бюллетень. 2018. Режим доступа: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (дата обращения 22.02.2020).
2. Европейское бюро Всемирной организации здравоохранения. Доклад о состоянии здоровья в Европе 2018. Больше, чем просто цифры: фактические данные для всех. Копенгаген, 2019. Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330083/9789289054515-rus.pdf> (дата обращения 22.04.2019).
3. Бойцов С. А. Актуальные направления и новые данные в эпидемиологии и профилактике неинфекционных заболеваний. *Терапевтический архив*. 2016;88(1):4—10. doi: 10.17116/terarkh20168814-10.
4. Шейман И. М., Шевский В. И., Сажина С. В. Приоритет первичной медико-санитарной помощи — декларация или реальность? *Социальные аспекты здоровья населения*. 2019;65(1):3.
5. Вялков А. И., Сквирская Г. П., Сон И. М., Сененко А. Ш., Купева И. А., Розанов В. Б. и др. Современные подходы к преобразованию медицинских организаций, оказывающих помощь населению в амбулаторных условиях. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2017;25(4):216—20.
6. Бударин С. С., Эльбек Ю. В. Анализ использования ресурсов, необходимых для осуществления деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь амбулаторно. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2018;(3):28—35. doi: 10.31556/2219-0678.2018.33.3.028-035
7. Бударин С. С., Эльбек Ю. В. Анализ результатов диспансеризации определенных групп взрослого населения на основе форм отраслевой статистической отчетности. *Вестник Росздравнадзора*. 2020;(1):66—74.
8. Little P., Everitt H., Williamson I., Warner G., Moore M., Gould C. et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001;322(7284):468—72. doi: 10.1136/bmj.322.7284.468.
9. Karam M., Brault I., Durmea T. V., Macq J. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: a systematic review of the qualitative research. *Int. J. Nurs. Stud.* 2018;79:70—83. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002.

Поступила 12.05.2020

Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. World Health Organization. The top 10 causes of death. Newsletter [Top-10 vedushchikh prichin smerti. *Informatsionnyy byulleten'*]. 2018. Available at: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (accessed 22.02.2020) (in Russian).
2. European Bureau of the World Health Organization. European health report 2018: More than numbers — evidence for all [Doklad o sostoyanii zdorov'ya v Yevrope 2018. *Bol'she, chem. prosto tsifry: fakticheskiye dannyye dlya vseh*]. WHO Regional Office for Europe, 2019. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330083/9789289054515-rus.pdf> (accessed 22.04.2019) (in Russian).
3. Boytsov S. A. Actual trends and new data in the epidemiology and prevention of noncommunicable diseases. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2016;88(1):4—10. doi: 10.17116/terarkh20168814-10. (in Russian).
4. Sheiman I. M., Shevsky V. I., Sazhina S. V. Primary health care priority — declaration or reality? *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2019;65(1):3. (in Russian).
5. Vyalkov A. I., Skvirskaya G. P., Son I. M., Senenko A. Sh., Kupeyeva I. A., Rozanov V. B. et al. Modern approaches to the transformation of medical organizations that provide assistance to the population on an outpatient basis. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2017;25(4):216—20. (in Russian).
6. Budarin S. S., El'bek Yu. V. An analysis of the use of resources necessary for the implementation of the activities of medical organizations that provide primary health care on an outpatient basis. *Meditsinskiye tekhnologii. Otsenka i vybor*. 2018;(3):28—35. doi: 10.31556/2219-0678.2018.33.3.028-035 (in Russian).
7. Budarin S. S., El'bek Yu. V. Analysis of the results of medical examination of certain groups of the adult population based on forms of industry-specific statistical reporting. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2020;(1):66—74 (in Russian).
8. Little P., Everitt H., Williamson I., Warner G., Moore M., Gould C. et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001;322(7284):468—72. doi: 10.1136/bmj.322.7284.468.
9. Karam M., Brault I., Durmea T. V., Macq J. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: a systematic review of the qualitative research. *Int. J. Nurs. Stud.* 2018;79:70—83. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002.

© Коллектив авторов, 2020
УДК 159.9:616.89

Морозова Е. В.¹, Бонкало Т. И.², Бонкало С. В.³, Шмелева С. В.⁴

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ ВЕДУЩИХ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ ПАТОЛОГИЙ

¹ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, 127486, г. Москва;

²ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;

³Московский социально-педагогический институт, 105082, г. Москва;

⁴ФГБОУ ВО «Московский государственный университет технологий и управления им. К. Г. Разумовского», 109004, г. Москва

Основную структуру инвалидности в Российской Федерации формируют ведущие инвалидизирующие патологии: злокачественные новообразования; болезни системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани; болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ (сахарный диабет 1-го и 2-го типов).

Цель работы — изучить психологические характеристики больных, претендующих и не претендующих на статус инвалида.

С использованием психологических методик у больных сравниваемых групп охарактеризована и проанализирована специфика эмоционально-личностных параметров, включающих фрустрацию личности и переживания значимости заболевания на сферы жизнедеятельности, показатели самооценки, идентификационные характеристики, стратегии, обеспечивающие реабилитационную приверженность. Обосновано концептуальное положение, определяющее активность больных как «реабилитационную».

В сравниваемых группах пациентов выявлены статистически достоверные различия психологических показателей. Личностная саморегуляция пациентов, реабилитирующихся вне статуса «инвалид», качественно отличается от саморегуляции пациентов, претендующих на инвалидность, в части устойчивой самооценки и убежденности в способности к реализации жизнедеятельности в значимых сферах социального функционирования, способности к перспективному планированию будущего, активной самореализации социальных ролей, активном участии в межличностной, досуговой, профессиональной, бытовой и других сферах, высокой ответственности за свое здоровье, на фоне устойчивого эмоционального восприятия актуальной социальной ситуации болезни.

Выявление личностных детерминант, способствующих реабилитационной приверженности, позволит обеспечить персонализированный подход к каждому пациенту.

К л ю ч е в ы е с л о в а : реабилитационная активность личности; реабилитационная приверженность; внутренняя картина инвалидности; реабилитационные стратегии; дезадаптивные личностные риски.

Для цитирования: Морозова Е. В., Бонкало Т. И., Бонкало С. В., Шмелева С. В. Особенности реабилитационной активности больных ведущими инвалидизирующими патологиями. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1101—1107. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1101-1107>

Для корреспонденции: Бонкало Татьяна Ивановна, д-р психол. наук, начальник отдела ГБУ «НИИ ОЗММ ДЭМ»; e-mail: bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru

Morozova E. V.¹, Bonkalo T. I.², Bonkalo S. V.³, Shmeleva S. V.⁴

FEATURES OF THE MANIFESTATION OF REHABILITATIVE ACTIVITY IN PATIENTS WITH PRINCIPAL DISABLING PATHOLOGIES

¹Federal Bureau of Medical and Social Expertise of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, 127486, Moscow, Russian Federation;

²State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115088, Moscow, Russian Federation;

³Moscow Social Pedagogical Institute, 105082, Moscow, Russian Federation;

⁴Moscow State University of Technology and Management named after K. G. Razumovsky, 109004, Moscow, Russian Federation

The article presents the results of a psychological study of patients with principal disabling pathologies that form the main structure of disability in the Russian Federation due to malignant neoplasms: diseases of the circulatory system; diseases of the musculoskeletal system and connective tissue; diseases of the endocrine system and metabolic disorders (diabetes mellitus of the first and second types). The article presents the results of studying a sample of patients by various psychological parameters, provides statistical comparisons of psychological characteristics of patients depending on the specifics of their social situation, in which patients either claim to be disabled and are under conditions of medical and social expertise, implying the possibility of changing social status, or patients of the same nosological categories, who do not claim to be disabled and who are rehabilitating on the basis of their own personal and socio-environmental resources outside of the “disabled” status.

Psychological techniques are presented, the specificity of emotional and personal parameters is analyzed and characterized, including personality frustration and experience of the significance of the disease in the spheres of life, self-esteem indicators, identification characteristics, strategies that provide rehabilitation adherence, which characterize the activity of patients in the compared groups in many ways. The conceptual position that defines the activity of patients as «rehabilitative» has been substantiated. The results of the study revealed statistically significant differences in psychological indicators in the compared groups of patients rehabilitating outside the “disabled” status and patients claiming to be disabled. The indicators obtained in the study indicate that the personal self-regulation of patients rehabilitating outside the «disabled» status qualitatively differs from the self-regulation of patients claiming disability, in terms of stable self-esteem and belief in the ability to realize life in significant areas of social functioning, in the ability of perspective planning of the future, in active self-realization of social roles, active participation in interpersonal, leisure, professional, household and other spheres, high responsibility for one's health, against the background of stable emotional perception of the current social situation of the disease.

Key words: personal rehabilitation activity; rehabilitation adherence; internal picture of disability; rehabilitation strategies; maladaptive personality risks.

For citation: Morozova E. V., Bonkalo T. I., Bonkalo S. V., Shmeleva S. V. Features of the manifestation of rehabilitation activity in patients with principal disabling pathologies. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1101—1107 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1101-1107>

For correspondence: Bonkalo Tatyana Ivanovna, Doctor of Psychology, Head of the Department of the Research Institute of Ozmm DZM, e-mail: Bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020

Accepted 29.07.2020

Введение

Несмотря на внушительный объем отечественных и зарубежных исследований по изучению психологии больного, проблема личности, находящейся в условиях болезни, по-прежнему актуальна [4, 5, 12, 14—16].

В ходе любого заболевания личность сталкивается с проблемой адаптации, что актуализирует вопросы совершенствования реабилитационных подходов к больным ведущим инвалидизирующим патологиям. Психологическая реабилитация личности является неотъемлемой частью комплексной системы реабилитации пациентов [2].

В контексте совершенствования реабилитационных подходов к больным ведущим инвалидизирующим патологиям особый интерес представляет изучение психологических детерминант активной позиции личности, находящейся в ситуации заболевания с высокой вероятностью инвалидизации, что подразумевает участие пациентов не только в вопросах здоровьесбережения, но и в решении остро стоящих задач по социальному восстановлению.

Активность личности в данной ситуации является «реабилитационной активностью». Концептуально под реабилитационной активностью личности следует понимать проявление взаимосвязанных эмоционально-личностных характеристик, обеспечивающих психологическую саморегуляцию деятельности субъекта для решения актуальных в ситуации заболевания задач [9].

Изучение специфики реабилитационной активности реализуется посредством диагностических процедур с применением общеизвестных психологических методик [1, 3, 7, 10, 13], позволяющих выявить особенности эмоциональной и личностной сферы. Совокупность психологических проявлений эмоционально-личностной сферы и их качественные характеристики отражают состояние личностного реабилитационного потенциала (иными словами, ресурс личности) либо дезадаптивные личностные риски.

В ходе адаптации к болезни личность больного реализует деятельностную активность, характер которой может быть различен.

Так, личность может быть направлена на реализацию задач, возникающих в ходе реабилитационного процесса. Данный вариант личностной активности характеризует реабилитационную активность личности в ее адаптивном варианте, обеспечивающем приверженность личности к реабилитации. В противоположном случае характер активности больного

может соответствовать дезадаптивным формам приспособления [9].

Особую проблему представляет личностная позиция «отчуждения» факта полученных позитивных результатов реабилитации. Так, иногда на фоне эффекта дезадаптации личность психологически «уходит» в инвалидизацию, что характеризует так называемый феномен «внутренней картины инвалидности», который нередко формируется в самосознании личности необоснованно. Данный вариант самоотношения является основой психологического неприятия личностью необходимости развития социальной активности в противовес дезадаптивного рентно-избегающего и протестно-рентного поведения [8, 9].

Подобные ситуации обосновывают актуальность задачи психологической диагностики рисков личностной дезадаптации и планомерной деятельности специалистов по повышению реабилитационной приверженности, характеризующей целенаправленную деятельность личности по активному социальному восстановлению [10].

По современным подходам с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) жизнедеятельность человека рассматривается в разрезе не только функциональных нарушений, но и фактора «личности», что обосновывает необходимость учета личностных характеристик, определяющих возраст, пол, образование, профессию и психологические личностные параметры, характеризующие ее потенциал [11].

При этом в МКФ параметры личности обобщенно представлены, однако полностью не отражают механизмы, обеспечивающие психологическую саморегуляцию деятельности субъекта. С учетом влияния заболевания на весь уклад жизни человека личностная активность является одной из ведущих психологических характеристик [4, 5]. В условиях болезни личность должна быть ориентирована на решение многокомпонентной совокупности реабилитационных задач в сфере как здоровьесбережения, так и восстановления социальных статусов [10].

Цель исследования — комплексное изучение больных ведущим инвалидизирующим патологиям, формирующих основную структуру инвалидности в России вследствие злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, сахарного диабета 1-го и 2-го типов.

Материалы и методы

Всего в обследовании принимали участие 510 человек, которых распределили на группы по 102 человека согласно следующей нозологической структуре:

- пациенты с злокачественной патологией;
- пациенты с болезнями системы кровообращения;
- пациенты с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- пациенты с сахарным диабетом 1-го типа;
- пациенты с сахарным диабетом 2-го типа.

Пациентов, претендующих на инвалидность, — 1-я группа ($n = 360$; 82%) — обследовали в ситуации медико-социальной экспертизы в экспертных составах ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. Пациенты, не претендующие на статус «инвалид», — 2-я группа ($n = 150$; 28%) — проходили реабилитационно-восстановительное лечение в клинических отделениях ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. Две группы были однородны по клинико-демографическим и социальным показателям (диагноз, пол, возраст, тяжесть, длительность заболевания, образовательный статус).

Первая группа состояла из больных, не согласных с предыдущим экспертным решением, их реабилитационная активность отличалась психологическим неприятием своего статуса, протестным поведением и настойчивым намерением доказать свою правоту в отношении принадлежности к статусу «инвалид». Несмотря на неоднократное отрицательное экспертное решение в отношении своего запроса, больные причисляли себя к инвалидам и либо претендовали на первичную инвалидность, либо, находясь в статусе «инвалид», претендовали на возврат ранее имеющейся тяжести инвалидности или оспаривали экспертное решение о снятии инвалидности. Отметим, что составляющие данную группу больные неоднократно (дважды) прошли освидетельствование в государственном учреждении медико-социальной экспертизы муниципального и субъектного уровня, с которым они не согласились и обратились по поводу установления статуса «инвалид» в ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. Основным критерием включения в 1-ю группу было отрицательное экспертное решение ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России в отношении установления статуса «инвалид» либо запроса об утяжелении имеющейся тяжести инвалидности (с III группы инвалидности на II).

Критерием включения во 2-ю группу являлось условие того, что больные ранее в статусе «инвалид» не состояли и в ближайшее время оформлять инвалидность не планировали. Несмотря на однородность групп по таким значимым с точки зрения заболевания параметрам, как длительность и тяжесть заболевания, пациенты 2-й группы, в отличие от больных 1-й группы, активно участвовали в реализации реабилитационного процесса и в медицинской, и в социальной его части, с опорой на внутриличностные и собственные социально-средовые ресурсы.

Эмоционально-личностные характеристики пациентов определяли с использованием психологических методик:

- показатели, характеризующие фрустрационные переживания личности, — методика «Диагностика уровня социальной фрустрированности» (Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В. М. Бехтерева) [1];
- показатели, характеризующие переживания личностью последствий болезни, — опросник «Социальная значимость болезни» (А. И. Сердюк) [7];
- показатели, характеризующие структуру идентичности личности, — методика «Двадцать ответов» («Кто Я?») (М. Кун и М. Партленд в адаптации Н. Л. Ивановой) [3];
- показатели, характеризующие самооценку личности к осуществлению жизнедеятельности, — модифицированный вариант методики «Шкалы Дембо—Рубинштейн», в которую добавлены основные сферы жизнедеятельности, ограничение в которых формирует инвалидизацию [13];
- показатели, характеризующие активность и участие личности в жизнедеятельности и здоровьесбережении, — методика «Оценка реабилитационной приверженности» Е. Морозовой) [10].

Сравнительный анализ эмпирических данных, полученных в двух исследовательских группах, проводили с использованием *U*-критерия Манна—Уитни.

Результаты

Статистическое сравнение двух групп больных по основным клинико-демографическим и социально-средовым характеристикам (возраст, пол, диагноз, длительность заболевания и пребывания на инвалидности, семейный, образовательный и профессиональный статус) показало, что их можно характеризовать как однородные, за исключением различий по длительности пребывания на инвалидности ввиду отсутствия опыта жизни в статусе «инвалид» у больных 2-й группы. Также выявлено различие по переменной «профессиональный статус» в пользу активных включенных в трудовую деятельность больных 2-й группы.

Сравнение по общему показателю фрустрации обнаружило, что у больных 1-й группы более чем в 2 раза выше среднегрупповые показатели переживания фрустрации: 2,92 балла по сравнению с 1,43 балла во 2-й группе.

Проведен качественный анализ степени фрустрации в различных сферах социальных отношений для выявления наиболее проблемных областей (табл. 1).

Статистически достоверные различия между группами обнаружены по всем изучаемым показателям. При этом более низкие баллы, характеризующие меньшую фрустрированность, выявлены по всем показателям социальной фрустрации во 2-й группе больных. Фрустрационная напряженность в 1-й группе больных — более высокая.

Таблица 1

Сравнение больных двух групп по показателям социальной фрустрации ($M \pm S$)

Показатель фрустрации в различных жизненных сферах	1-я группа	2-я группа
Материально-бытовая сфера		
Материальное положение	2,8 ± 1,3	1,5 ± 0,8
Жилищно-бытовые условия	2,6 ± 1,3	1,5 ± 0,8
Сфера услуг и бытового обслуживания	2,9 ± 1,2	1,4 ± 0,8
Профессиональная и образовательная сфера		
Образование	2,7 ± 1,2	1,5 ± 0,9
Содержание своей работы в целом	2,4 ± 1,3	1,5 ± 0,9
Условия профессиональной деятельности/учебы	3,0 ± 1,2	1,4 ± 0,8
Возможность выбора места работы	2,8 ± 1,2	1,4 ± 0,9
Сфера межличностных отношений		
Взаимоотношения с коллегами	2,4 ± 1,2	1,5 ± 0,9
Взаимоотношения с руководством	3,0 ± 1,2	1,4 ± 0,9
Взаимоотношения с субъектами своей деятельности	2,9 ± 1,1	1,3 ± 0,8
Супружеские отношения	3,2 ± 1,1	1,5 ± 0,9
Отношения с детьми	2,9 ± 1,3	1,3 ± 0,8
Отношения с родителями	3,1 ± 1,1	1,4 ± 0,8
Отношения с друзьями и окружением	3,0 ± 1,2	1,4 ± 0,9
Я в социуме, социум и Я		
Положение в обществе	3,5 ± 0,9	1,3 ± 0,8
Обстановка в обществе	3,0 ± 1,1	1,4 ± 0,9
Сфера медицинского и социального обслуживания	3,8 ± 0,5	1,6 ± 0,8
Проведение досуга	2,7 ± 1,4	1,4 ± 0,8
Возможность проводить отпуск	2,8 ± 1,3	1,4 ± 0,8
Образ жизни в целом	3,0 ± 1,2	1,4 ± 0,9
Степень социальной фрустрации (общий балл)	2,9 ± 0,5	1,4 ± 0,6

Примечание. Все различия между группами достоверны ($p < 0,0001$).

Наибольшее расхождение в показателях фрустрационных переживаний в изучаемых группах выявлено по показателям «Сфера услуг и бытового обслуживания», «Условия профессиональной деятельности или учебы» и «Возможность выбора места работы». Также 1-я группа больных статистически значимо отличается от 2-й группы больных по всем показателям сферы межличностных отношений.

Исследование показателей в сфере межличностных отношений выявило наибольшую выраженность фрустрации по показателям «Взаимоотношения с руководством», «Взаимоотношения с субъектами своей деятельности», в сфере «Супружеские отношения», а также в сфере межличностных отношений с родителями, друзьями и близким окружением. Также фрустрационная напряженность в 1-й группе определяется по всем показателям сферы «Я в социуме». При этом наибольшие значения социальной фрустрации больных, претендующих на инвалидность, выражаются в показателях неудовлетворенности «своим положением в обществе», «неудовлетворенности сферой медицинского и социального обслуживания» и «неудовлетворенности своим образом жизни в целом».

В целом исследование показателей фрустрации в исследуемых группах выявило существенную эмоциональную напряженность, обусловленную последствиями заболевания, во всех значимых сферах социальных отношений у больных, претендующих на инвалидность.

Представляет также интерес исследование особенностей восприятия личностью влияния на жизнь психофизиологических (соматических) и социальных последствий, возникающих из-за болезни в сравниваемых группах (табл. 2).

Отношение пациентов к влиянию болезни на организм и жизнедеятельность в части соматических переживаний по сути отражает феномен внутренней картины болезни [6]. Полученные в исследовании результаты выявили, что пациенты двух групп различаются в отношении переживания последствий болезни по большинству показателей, кроме показателей, отражающих переживания по поводу ограничений удовольствий из-за заболевания и материальных проблем, возникающих из-за болезни. Указанные показатели отражают значимость данной проблематики для пациентов независимо от их самоопределения в отношении статуса «инвалид». И для больных, причисляющих себя к инвалидам, и для больных, реабилитирующихся вне статуса «инвалид», вопросы ограничений в получении различных жизненных удовольствий (еды, досуга и образа жизни) и материальных обременений одинаково значимы. Очевидным является и факт тождественной значимости социально-экономического бремени, возникающего из-за заболевания абсолютно для всех пациентов.

По остальным изучаемым показателям влияния заболевания психофизиологические аспекты личности и социальные сферы жизнедеятельности выявлены статистически достоверные различия, свидетельствующие о большем ощущении «бремени» болезни, оказывающем негативное влияние на организм и социальную жизнь пациента.

Анализ показателей самооценки способности к реализации различных сторон жизнедеятельности представителями двух сравниваемых групп выявил, что самооценка больных, не претендующих на инвалидность, статистически достоверно выше абсолютно по всем показателям (табл. 3). При этом расхождения особенно велики в сторону меньшей способно-

Таблица 2

Сравнение групп больных по субъективному восприятию степени влияния соматического заболевания на жизнедеятельность (методика «Социальная значимость болезни» А. И. Сердюка; $M \pm S$)

Показатель	1-я группа	2-я группа	p
Психофизиологический (соматический) компонент переживания болезни			
Ограничение силы и энергии в организме	1,6 ± 0,7	1,0 ± 0,8	<0,0001
Ограничение удовольствий	1,8 ± 0,4	1,8 ± 0,5	0,1130
Ограничение свободного времени	1,6 ± 0,6	0,6 ± 0,6	<0,0001
Снижение физической привлекательности	1,7 ± 0,6	1,2 ± 0,7	<0,0001
Формирование страхов, ущербности	1,7 ± 0,5	0,7 ± 0,8	<0,0001
Социально-экономический компонент переживания болезни			
Ухудшение отношений в семье	1,0 ± 0,7	0,5 ± 0,6	<0,0001
Ухудшение отношений на работе	1,4 ± 0,7	0,6 ± 0,6	<0,0001
Ограничение карьерного роста	1,6 ± 0,6	0,5 ± 0,7	<0,0001
Ограничение общения	1,4 ± 0,7	0,3 ± 0,5	<0,0001
Материальный ущерб	1,9 ± 0,4	1,8 ± 0,4	0,1069
Общая сумма	15,7 ± 2,6	9,0 ± 2,5	<0,0001

Таблица 3

Результаты сравнительного анализа показателей самооценки больных двух исследуемых групп		
Показатель	1-я группа	2-я группа
Самооценка способности к осуществлению жизнедеятельности (осознание собственной самозффективности)		
Способность к передвижению	51,9 ± 25,1	75,2 ± 17,4
Способность к самообслуживанию	44,2 ± 26,0	81,1 ± 12,2
Способность к самоконтролю	64,3 ± 24,1	88,8 ± 7,0
Способность к труду	35,4 ± 22,1	85,5 ± 7,4
Способность к общению	66,7 ± 25,5	89,3 ± 6,5
Способность к обучению	51,2 ± 26,4	87,9 ± 5,7
Самооценка собственных качеств		
Умственные способности	59,5 ± 22,7	81,9 ± 7,9
Характер	60,8 ± 23,1	79,5 ± 9,4
Счастье	48,7 ± 26,0	84,7 ± 8,4
Внешность	47,3 ± 23,1	70,6 ± 11,7
Самоотношение к болезни и к инвалидности		
Самооценка уровня «Здоровья»	41,7 ± 18,8	71,0 ± 12,1
Самооценка уровня «Инвалидности»	82,1 ± 23,1	4,9 ± 13,8

Примечание. Все различия между группами достоверны ($p < 0,0001$).

сти к реализации жизнедеятельности в сфере труда, самообслуживания и обучения, в 1-й группе больных.

Особо выделим статистически достоверные различия по параметру «уровень инвалидности», который в 1-й группе больных по самооценке уровня инвалидности составил 82,11%, против 4,9% во 2-й группе.

Достоверно значимые различия между группами были выявлены и в показателях структуры идентичности личности (табл. 4).

Отметим, что статистически достоверные различия между двумя группами больных выявлены по всей совокупности изучаемых идентификационных параметров. Особую выраженность проявили показатели идентификационных параметров, отражающих социальные ролевые позиции «социальное Я», «коммуникативное Я», «деятельностное Я», «перспективное Я», а также ролевой позиции, отражающей идентификацию больного с категорией «инвалид». Лица, не претендующие на инвалидность, в большей степени, чем больные, отстаивающие статус инвалида, причисляют себя и, соответственно, реализуются в определенных социально-ролевых позициях, таких как мать, отец, работник и других реально существующих группах. Большинство из них, несмотря на серьезные проблемы со здоровьем, сохраняют свою идентичность, способность к деятельности и активности в части планирования будущего, оценки настоящего и переосмысления своих реальных возможностей для достижения поставленных целей в новых условиях жизни.

В заключение сравнивались реабилитационные стратегии личности, характеризующие реабилитационную приверженность больного в части направленности личности на здоровьесберегающую деятельность и социальное восстановление (табл. 5). Анализ выявил наличие статистически достоверных различий между изучаемыми группами по всем рас-

Таблица 4

Результаты сравнительного анализа идентификационных характеристик больных двух исследуемых групп по методике «Двадцать ответов» («Кто Я?»)		
Показатель	1-я группа	2-я группа
Социальное Я	2,5 ± 2,2	4,0 ± 1,6
Коммуникативное Я	0,6 ± 0,8	2,3 ± 1,9
Материальное Я	0,1 ± 0,4	0,4 ± 0,7
Физическое Я	0,4 ± 0,7	0,8 ± 1,1
Деятельностное Я	1,1 ± 1,5	3,4 ± 1,6
Перспективное Я	0,1 ± 0,3	1,5 ± 1,4
Рефлексивное Я	3,7 ± 3,8	5,0 ± 3,1
Я — инвалид	2,8 ± 2,6	0,3 ± 0,5
Общее количество ответов	11,3 ± 5,3	17,6 ± 4,9

Примечание. Все различия между группами достоверны ($p < 0,0001$).

сматриваемым параметрам в пользу пациентов 2-й группы.

Обсуждение

Таким образом, реабилитационная активность пациентов, не отождествляющих себя с инвалидностью, является более функциональной и адаптивной в отличие от реабилитационной активности пациентов, претендующих на статус «инвалид».

Исследование выявило, что пациенты, реабилитирующиеся в условиях социума с опорой на собственные ресурсы и не претендующие на статус инвалида, являются менее фрустрированными в отношении переживаний влияния последствий болезни на сферы социального функционирования на фоне устойчивой самооценки к способности реализации жизнедеятельности. Реабилитационная активность пациентов данной группы сосредоточена на активном освоении и реализации социально-ролевых позиций, социально-ориентированной целенаправленности, действительно реализуемой в стратегиях, характеризующих реабилитационную приверженность, при отчуждении идентификации с ролью «Я — инвалид». Качественно стратегии, реализуемые больными, не претендующими на инвалидность, отражают

Таблица 5

Результаты сравнительного анализа среднегрупповых показателей реабилитационной приверженности больных двух исследуемых групп (методика «Оценка реабилитационной приверженности»)		
Показатель	1-я группа	2-я группа
Позитивное самоубеждение	2,66 ± 0,75	3,80 ± 0,40
Планирование перспективы будущего	2,15 ± 0,80	3,41 ± 0,52
Воля и ответственность за свое здоровье	2,17 ± 0,71	3,60 ± 0,52
Дисциплина в лечении	3,08 ± 0,46	3,78 ± 0,42
Здоровьесберегающая деятельность	2,01 ± 0,88	3,71 ± 0,47
Профессиональная/образовательная самореализация	1,70 ± 0,94	3,58 ± 0,57
Творческая самореализация	2,70 ± 0,62	3,84 ± 0,37
Социокультурная активность	2,08 ± 0,70	3,51 ± 0,54
Самореализация в межличностных отношениях	2,71 ± 0,86	3,79 ± 0,42
Реализация бытового жизнеустройства	2,76 ± 0,79	3,97 ± 0,18
Общий суммарный показатель (уровень реабилитационной приверженности)	24,02 ± 4,30	36,99 ± 2,21

Примечание. Все различия между группами достоверны ($p < 0,0001$).

векторную направленность личности и волевой настрой на сохранение здоровья (позитивное самоубеждение и настрой в лечении; формирование образа позитивного будущего; ответственность за здоровье; дисциплина в лечении; ориентация на здоровьесберегающую деятельность), а также направленность личности на активное социальное восстановление в различных сферах социальных отношений (в сфере профессиональной и творческой самореализации; активном формировании и реализации досуговой деятельности; социокультурной активности; самореализации в межличностных отношениях и организации бытового жизнеустройства).

Реализация больными, не претендующими на инвалидность, данных реабилитационных стратегий соответствует устойчиво сформированной реабилитационной приверженности, позволяя больным данной группы активно решать весь многослойный спектр проблем, возникающих на фоне инвалидизирующего заболевания с опорой на собственный реабилитационный потенциал личности. Выявленные личностные «дефициты» в группе больных, претендующих на инвалидность, отражают низкий «реабилитационный потенциал личности», определяя, с одной стороны, неблагоприятный «реабилитационный прогноз», с другой стороны, обуславливают острую потребность в психологической реабилитации данной категории пациентов. С учетом наличия в группах исследования пациентов с выявленными дезадаптивными «рисками личности» до фактического установления статуса «инвалид», а также пациентов, у которых инвалидность по результатам медико-социальной экспертизы была снята, проведение реабилитационных мероприятий актуально и необходимо на всех этапах заболевания (с момента его начала и на всем протяжении болезни).

Заключение

Данное исследование реализовано в рамках изучения реабилитационной активности личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания [9]. В ходе исследования подобран и апробирован методический инструментарий исследования личностных характеристик [1, 3, 7, 13], включая психодиагностическую методику оценки сформированности реабилитационной приверженности личности, от ее «отсутствия» до устойчивой сформированности и направленности на здоровьесбережение и активное участие в жизнедеятельности в межличностной, образовательной, профессиональной, социально-бытовой и социокультурной сферах [10].

Данные методические средства позволят специалистам на практике своевременно выявлять реабилитационные «мишени» в части эмоциональной сферы личности, а также личностного самосознания с целью их своевременной коррекции, ориентирующей больного на реабилитационную приверженность, предотвращая личностные, т. е. социально-психологические риски, а также социально-экономические риски общества по отношению к данной личности.

В целом, полученные в ходе исследования результаты представляют высокую значимость и актуальность для совершенствования процедуры оценки инвалидности в рамках реализации медико-социальной экспертизы. Также результаты исследования значимы для эффективной реализации реабилитации личности. Основным принципом реабилитации является индивидуальный подход, непосредственно опирающийся на «реабилитационный потенциал личности», в разрезе личностных ресурсов, за счет которых личность способна реализовать широкий круг реабилитационных задач и медицинского, и социального характера. С данных позиций выявление личностных детерминант, способствующих реабилитационной приверженности, позволит обеспечить персонализированный подход к каждому пациенту.

С точки зрения медико-социальной экспертизы, полученные в исследовании результаты и выводы представляют значимость в части методических оснований реализации психологической экспертно-реабилитационной диагностики по действующим классификациям и критериям оценки инвалидности¹, в которых не указаны конкретные психологические (личностные) параметры по критерию «личностные особенности». Данное исследование позволяет ориентировать специалистов, реализующих психологическую экспертно-реабилитационную диагностику для целей оценки инвалидности, в задачи которой входит не только выявление функциональных нарушений психической деятельности, но и оценка личности. С учетом стоящих перед личностью задач реабилитации, в диагностике личности важнейшими компонентами оценки являются показатели эмоциональной сферы, самосознания личности, идентичность, самооценка, ценностно-мотивационная сфера, копинг-компетентность, обеспечивающая в целом приверженность больных к реабилитации. Данные особенности методологически соотносятся с критерием «личностные особенности», в действующих классификациях и критериях, по которым производится оценка инвалидности в России, позволяя определять «реабилитационный прогноз личности» и своевременно выявлять личностные дезадаптивные риски, реабилитационные «мишени» для их последующей коррекции в ходе реабилитационного процесса.

Выявление личностных детерминант, формирующих приверженность к реализации реабилитационного процесса, также важно для эффективной реализации психологической реабилитации больных ведущих инвалидизирующих патологий. Полученные в исследовании результаты позволили выделить психологические механизмы и ресурсы, формирующие «реабилитационный потенциал личности», позволяющие объективно прогнозировать и эффективно решать реабилитационные задачи в ракурсе повыше-

¹ Приказ Минтруда России от 27.08.2019 № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

ния реабилитационной приверженности больных на всех этапах инвалидизирующего заболевания.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Беребин М. А. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение. Методические рекомендации. СПб: НИПНИ им. В. М. Бехтерева; 2004. 28 с.
2. Дымочка М. А., Морозова Е. В., Жукова Е. В. Психологическая реабилитация в структуре комплексной реабилитации инвалидов (методологические и нормативно-правовые подходы). *Медико-социальные проблемы инвалидности*. 2020;(2):67—74.
3. Иванова Н. Л. Психологическая структура социальной идентичности. Дис. ... д-ра психол. наук. Ярославль; 2003. 416 с.
4. Исаева Е. Р. Психологические адаптационные ресурсы личности в условиях здоровья и болезни. *Медицинская психология в России*. 2015;1(30):8.
5. Лукьянова И. Е. Проблема активности личности и ее потенциала в процессе реабилитации. *Сервис в России и за рубежом*. 2009;3(13):72—77.
6. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина; 1977. 111 с.
7. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине. Клиническое руководство. Под общей редакцией Б. В. Михайлова. Харьков: Прапор; 2002. 128 с.
8. Морозова Е. В. Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства). *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2008;(1):42—6.
9. Морозова Е. В. Изучение реабилитационной активности больных с основной инвалидизирующей патологией в условиях медико-социальной экспертизы и реабилитации. *Медико-социальные проблемы инвалидности*. 2019;(4):38—48.
10. Морозова Е. В. Новые диагностические подходы к оценке реабилитационной приверженности личности. *Медико-социальные проблемы инвалидности*. 2020(1):61—73.
11. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (полная версия). Под ред. Г. Д. Шостка, М. В. Коробова, А. В. Шаброва. СПб: СПбИУВЭ; 2003. 342 с.
12. Овсянникова Е. Н., Назарова Н. А., Суровцева В. Б. Личностные особенности как фактор, определяющий отношение к болезни (на примере нарушений слуха). *Медико-социальные проблемы инвалидности*. 2019;(1):77—84.
13. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Практическое руководство. М.: Апрель-Пресс, Издательство Института Психотерапии; 2004. 224 с.
14. Жаринов Г. М., Некласова Н. Ю., Богомолов О. А., Анисимов В. Н. Влияние некоторых психологических и социальных факторов на течение и результаты лечения онкологических больных. *Практическая онкология*. 2016;17(4):256—71.
15. Яковлева Н. В. Психологические модели инвалидности: причины возникновения и перспективы использования. *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2017;5(3):346—58.
16. Акбарова С. Н., Исаханова Н. Х. Психология больных гипертензией с точки зрения дерматоглифики. *Молодой ученый*. 2014;6(65):789—91.

REFERENCES

1. Vasserman L. I., Iovlev B. V., Berebin M. A. Psychological diagnostics of the level of social frustration and its practical use. Guidelines [Metodika dlya psikhologicheskoy diagnostiki urovnya sotsial'noy frustrirovannosti i yeyo prakticheskoye primeneniye. Metodicheskiye rekomendatsii]. St. Petersburg: National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology named after V. M. Bekhtereva; 2004: 28 p. (in Russian).
2. Dymochka M. A., Morozova E. V., Zhukova E. V. Psychological rehabilitation in the structure of complex rehabilitation of disabled people (methodological and regulatory approaches). *Mediko-sotsial'nyye problem invalidnosti*. 2020;(2):67—74 (in Russian).
3. Ivanova N. L. The psychological structure of social identity. Dis. Doct. Psychol. Yaroslavl; 2003: 416 p. (in Russian).
4. Isaeva E. R. Psychological adaptive resources of a personality in conditions of health and illness. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 2015;1(30):8 (in Russian).
5. Lukyanova I. E. The problem of personality activity and its potential in the rehabilitation process. *Servis v Rossii i za rubezhom*. 2009;(3):72—7 (in Russian).
6. Luria R. A. Internal picture of diseases and atrogenic diseases. 4th edition [Vnutrennyaya kartina bolezney i iatrogennyye zabollevaniya. 4-ye izd.]. Moscow: Medicine; 1977: 111 p. (in Russian).
7. Mikhailov B. V., Serdyuk A. I., Fedoseyev V. A. Psychotherapy in general somatic medicine. Clinical guidelines. Under the general editorship of B. V. Mikhailov [Psikhoterapiya v obshchesomaticheskoy meditsine. Klinicheskoye rukovodstvo. Pod obshchey redaktsiyey B. V. Mikhailova]. Kharkiv: Flag; 2002: 128 p. (in Russian).
8. Morozova E. V. The internal picture of disability (genesis, structure, functions, properties). *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2008;(1):42—6 (in Russian).
9. Morozova E. V. Study of the rehabilitation activity of patients with the main disabling pathology in the conditions of medical and social expertise and rehabilitation. *Mediko-sotsial'nyye problemy invalidnosti*. 2019;(4):38—48 (in Russian).
10. Morozova E. V. New diagnostic approaches to assessment personal-ity rehabilitation adherence. *Mediko-sotsial'nyye problemy invalidnosti*. 2020(1):61—73 (in Russian).
11. International classification of functioning, limitations life and health (full version) [Mezhdunatodnaya klassifikatsiya funktsionirovaniya, organicheniya zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya (polnaya versiya)]. Shostka G. D., Korobov M. V., Shabrov A. V. (eds). St. Petersburg: St. Petersburg institute for advanced training of medical experts; 2003: 342 p. (in Russian).
12. Ovsyannikova E. N., Nazarova N. A., Surovtseva V. B. Personal features as a factor determining the attitude towards the disease (for example, violations hearing). *Mediko-sotsial'nyye problemy invalidnosti*. 2019;(1):77—84 (in Russian).
13. Rubinshteyn S. Ya. Experimental methods of pathopsychology and experience using them in the clinic. A practical guide [Eksperimental'nyye metodiki patopsikhologii i opyt primeneniya ikh v klinike. Prakticheskoye rukovodstvo]. Moscow: April-Press, Publishing House of the Institute of Psychotherapy; 2004: 224 p. (in Russian).
14. Zharinov G. M., Neklasova N. Yu., Bogomolov O. A., Anisimov V. N. Some psychological and social factors on the course and results of treatment cancer patients. *Prakticheskaya onkologiya*. 2016;17(4):256—71 (in Russian).
15. Yakovleva N. V. Psychological models of disability: causes occurrence and prospects of use. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'ye, adaptatsiya, razvitiye*. 2017;5(3):346—58 (in Russian).
16. Akbarova S. N., Isakhanova N. Kh. Psychology of patients with hypertension with dermatoglyphics point of view. *Molodoy uchenyy*. 2014;(6):789—91 (in Russian).

Сабгайда Т. П.^{1,2}, Эделева А. Н.², Тарасов Н. А.¹

КАЧЕСТВО УЧЕТА ПРИЧИН СМЕРТИ ЛИЦ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

¹ ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;² ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации», 127254, г. Москва

От качества учета причин смерти зависит адекватность программ повышения продолжительности жизни граждан старшего поколения, актуальных в условиях постарения общества. С целью оценки качества учета причин смерти лиц старше трудоспособного возраста (СТВ) для 98 061 случая смерти лиц старше трудоспособного возраста, зарегистрированных в московской базе умерших, мы сравнивали структуру первоначальных и множественных причин смерти, выявляя неверно используемые коды МКБ-10. С целью определения, может ли информация о заболеваемости лиц СТВ улучшить диагностику причин их смерти, структура смертности населения Нижегородской области сравнивалась с официально зарегистрированной общей заболеваемостью и патологической отягощенностью, оцененной на основе результатов сплошного обследования пожилого населения (22 558 человек). Получено, что структура причин заболеваемости, патологической отягощенности и смертности различается: в последней на втором месте находятся болезни нервной системы, а доля неопределенных причин смерти составляет 6,7%. Различия структуры первоначальных и множественных причин смерти существенно меньше. Среди кодов первоначальной причины смерти лиц СТВ ошибки выявлены в 9,8%. Таким образом, качество учета причин смерти населения старше трудоспособного возраста в текущий период не удовлетворительно. Статистика заболеваемости населения не может в полной мере обеспечить информационную поддержку диагностики причин смерти. Для повышения качества учета причин смерти целесообразно введение института кодировщиков с предоставлением им возможности верификации диагнозов смерти в медицинских организациях, где диагноз был установлен.

К л ю ч е в ы е с л о в а : свидетельство о смерти; причина смерти; коды МКБ-10; патологическая отягощенность; множественные причины смерти

Для цитирования: Сабгайда Т. П., Эделева А. Н., Тарасов Н. А. Качество учета причин смерти лиц старше трудоспособного возраста. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(специальный выпуск):1108—1112. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1108-1112>

Для корреспонденции: Сабгайда Тамара Павловна, гл. научный сотрудник ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», e-mail: tamara@mednetl.ru

Sabgayda T. P.^{1,2}, Edeleva A. N.², Tarasov N. A.¹

QUALITY OF ACCOUNTING OF DEATH CAUSES FOR ELDERLY PEOPLE

¹ State Budgetary Institution "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", 115088, Moscow, Russian Federation;² Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, 127254, Moscow, Russian Federation

Programs to increase the life expectancy of old people are becoming increasingly relevant in an aging society. Their adequacy depends on the quality of accounting death causes. Objective: To evaluate the quality of accounting of death causes for population over the working age. For 98 061 deaths of people over working age registered in Moscow dead database, the structure of underline and multiple causes of death were compared. To determine whether information on morbidity of elderly can improve the diagnosis of death causes the structure of death causes was compared with officially registered prevalence and detected prevalence. The last was calculated on the basis of the household survey of health of elderly population in Nizhny Novgorod Region (22 558 people). We find fundamental difference between the structure of causes for officially registered prevalence, detected prevalence and mortality. In the structure of death causes the nervous diseases are in the second place and the proportion of uncertain death causes is 6.7%. The difference in the structure of underline and multiple causes of death is not so great. For people over working age, the coding errors were detected in 9.8% underline death causes. Thus, morbidity statistics cannot provide informational support for diagnosing causes of death in full. To improve the quality of accounting of death causes, it is advisable to introduce the institution of coders and to give them the possibility of verifying death diagnoses in medical organizations where the diagnosis has been established.

К e y w o r d s : death certificate; cause of death; ICD-10 codes; prevalence of diseases; multiple death causes.

For citation: Sabgayda TP, Edelva AN, Tarasov NA. Quality of accounting of death causes for elderly people. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1108—1112 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1108-1112>

For correspondence: Tamara P. Sabgayda, general researcher of the Research Institute of the Organization of Health Care and Medical Management of the Moscow City Health Department. e-mail: tamara@mednetl.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020

Характерной чертой современного российского общества является быстрый рост доли лиц пожилого возраста. Одной из целей национального проекта «Демография» является повышение качества жизни

граждан старшего поколения, что предполагает решение задачи поддержания и, по возможности, улучшения состояния их здоровья, что является самой актуальной проблемой граждан пожилого воз-

раста [1]. Однако здоровье лиц старше трудоспособного возраста продолжает заметно ухудшаться [2].

С возрастом увеличивается полиморбидность [3, 4], увеличению распространенности которой способствуют современные методы диагностики и лечения [5—7]. Развитие в старости хронических заболеваний обусловлено генетически, поэтому гериатрическая медицинская помощь имеет свою специфику [8], в том числе для профилактического консультирования пациентов 75 лет и старше в первичном звене здравоохранения [9].

То есть, из-за постарения населения, сопровождающегося значительным увеличением спроса на медицинские услуги, здоровье лиц старшего поколения является сегодня определяющим фактором в совершенствовании организации медицинской помощи населению.

До сих пор популяционный статус здоровья населения оценивается по таким критериям, как заболеваемость (по обращаемости) и смертность. Показатели инвалидности в большей степени обусловлены экономическими проблемами и не совсем адекватно отражают состояние здоровья лиц старше трудоспособного возраста. Вместе с тем показано, что технических и технологических средств информационного обслуживания системы оказания медицинской помощи взрослому населению до последнего времени фактически отсутствовали [10]. При внедрении информационных технологий в систему здравоохранения выявлены многочисленные ошибки при внесении информации в компьютерную базу данных, при регистрации причин смерти и составлении сводной отчетности, а также недоучет заболеваемости по обращаемости.

Однако за прошедший период Министерство здравоохранения Российской Федерации и региональных органов управления затратили достаточно много усилий на повышение качества кодирования причин смерти как основной информации для выявления актуальных проблем общественного здоровья. Кроме того, с 2011 года Росстатом начат статистический учет множественных причин смерти (всех патологических состояний, приведшие к смерти или способствовавших ей, которые указаны в Свидетельстве о смерти). Их учет позволяет корректировать выбор первоначальной причины и, соответственно, проверять качество кодирования причины смерти. При этом используются международные таблицы принятия, приведенные в разделе 4.2.5 второго тома МКБ-10 версии 2016 г. [11].

Правомерным является вопрос, достаточно ли улучшилось качество учета причин смерти, чтобы разрабатывать эффективные целевые программы с целью увеличения продолжительности и качества жизни пожилых. Также важно определить, может ли информация о заболеваемости лиц старших возрастных групп обеспечить полноценную информационную поддержку диагностики причин смерти.

Цель: оценить качество учета причин смерти лиц старше трудоспособного возраста.

Материалы и методы

Дизайн исследования. Для определения, может ли информация о заболеваемости лиц старших возрастных групп улучшить диагностику причин смерти, структура смертности населения Нижегородской области сравнивалась с официально зарегистрированной общей заболеваемостью и с распространенностью хронических заболеваний, оцененной на основе сплошного обследования пожилого населения. Для случаев смерти лиц старше трудоспособного возраста, зарегистрированных в московской базе умерших, сравнивалась структура первоначальных и множественных причин смерти, для первоначальных причин смерти определялось качество кодирования.

Исходные данные о множественных причинах смерти. В Научно-исследовательском институте организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы (ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ») разработана база данных об умерших (РФС ЕМИАС). Исходные данные поступают в режиме реального времени из всех медицинских организаций ДЗМ. Сотрудники ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» проверяют указанные коды смерти на соответствие текущей версии МКБ-10. Преимуществом московской базы по сравнению с базой умерших Росстата является не только использование актуальных кодов причин смерти, но и более частое указание множественных причин смерти (по крайней мере две причины указаны в 59,7% случаев).

Качество кодирования причин смерти лиц старше трудоспособного возраста (98 061 случай) анализировалась за период январь 2017 г. — июль 2019 г. на основе имеющейся в московской базе данных информации. Анализ проводился в программе Access 2007.

Исходные данные о распространенности заболеваний. Распространение хронических заболеваний проводилось в процессе диспансеризации населения (22 558 человек), прикрепленного к одной городской многопрофильной медицинской организации и двум центральным районам больницам Нижегородской области в 2016—2017 гг. По результатам обследования оценивалась патологическая отягощенность. Для активного выявления лиц пенсионного возраста использовался «Регистр лиц пожилого и старческого возраста, осуществлялись выезды медицинских бригад к немобильным и маломобильным жителям.

Сравнение оцененной патологической отягощенности проводилось с данными официальной статистики для заболеваемости за 2016 г. и для смертности за 2017 г. Анализ проводился в программе Excel 2007.

Результаты исследования

В ходе сплошного обследования лиц старше трудоспособного возраста, прикрепленных к участвующим в Программе медицинским организациям Нижегородской области, у них было выявлено 21 756

Таблица 1

Патологическая отягощенность и официально зарегистрированная общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста (на 1000 населения, 2016), стандартизованная смертность (на 100 тыс. населения, 2017), Нижегородская область

Классы болезней	Смертность	Общая заболеваемость	Патологическая отягощенность
Всего	4543,4	1984,1	2082,6
Инфекционные заболевания	4,0	30,9	1,6
Новообразования	630,6	88,1	28,0
Болезни крови	185,6	6,4	3,5
Болезни эндокринной системы	1,0	150,2	112,8
Психические расстройства	15,4	41,9	0,9
Болезни нервной системы	777,6	34,0	12,9
Болезни глаза	0	172,5	43,9
Болезни уха	0,5	51,6	3,4
Болезни системы кровообращения	2121,3	607,7	1512,4
Болезни органов дыхания	128,1	263,0	31,8
Болезни органов пищеварения	186,2	109,0	150,9
Болезни кожи и подкожной клетчатки	2,9	62,4	0,04
Болезни костно-мышечной системы	3,6	171,2	153,2
Болезни мочеполовой системы	41,0	115,2	28,9
Врожденные аномалии	0,6	0,2	0
Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	306,5	0	0
Внешние причины	136,9	79,9	0,04

основных и 21 020 сопутствующих заболеваний, что составляет 2,08 случаев заболевания на одного человека старше трудоспособного возраста (2,06 у мужчин и 2,09 у женщин). Полученные данные позволили оценить патологическую отягощенность лиц пенсионного возраста. Мы сравнили ее с общей заболеваемостью населения пенсионного возраста по данным официальной статистики за 2016 г. (табл. 1).

Патологическая отягощенность меньше общей заболеваемости в 19,4 раза для инфекционных болезней, в 47,3 раза — для психических расстройств, 15,1 раза — для болезней уха, в 8,3 — раза для болезней органов дыхания, 1407,6 раза — для болезней кожи, в 1802,4 раза — для внешних причин. При этом она выше для болезней органов пищеварения в 1,4 раза и для болезней системы кровообращения — в 2,5 раза.

В сравнении со структурой смертности населения Нижегородской области в структуре заболеваемости, оцененной разными методами, по понятным причинам гораздо меньше доля новообразований и при этом больше доля болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, крови, мочеполовой системы, органов пищеварения и органов чувств.

Поскольку в Свидетельстве о смерти указываются преимущественно заболевания, сопровождающиеся дегенеративными процессами, то структура множественных причин смерти заведомо отлична от структуры всех заболеваний лиц пожилого возраста.

В таблице 2 представлена структура причин смерти по первоначальной причине и по множественным причинам, рассчитанная на основе данных московской базы умерших РФС ЕМИАС. В структуре множественных причин больше доля инфекционных заболеваний (преимущественно за счет кодов А41.8 и А41.9 в МКБ-10 — Септицемия другая и неутончен-

ная), болезней крови (D62 — Острая постгеморрагическая анемия), болезней эндокринной системы (за счет сахарного диабета), нервной системы (за счет отека мозга — G93.6), органов дыхания (за счет кодов J18 — Пневмония без уточнения возбудителя, J81 — Острый отек легкого, J96 — Дыхательная недостаточность), мочеполовой системы (N17 и N18 — Острая и хроническая почечная недостаточность). Также принципиально больше доля кодов неопределенных причин смерти (Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния, XVIII класс МКБ-10), которые используются в качестве первоначальной причины смерти в ограниченных случаях. Чаще всего среди них использованы коды R57 (Шок, не классифицированный в других рубриках) и R64 (Кахексия).

При анализе качества кодирования первоначальной причины смерти в базе данных РФС ЕМИАС выявлено достаточно много ошибок. Во-первых, в трех случаях не был указан пол умершего и в 346 случаях не был указан возраст. Во-вторых, в 7 случаях смерть женщин закодирована кодами, используемыми только для смерти мужчин (новообразования мужских половых органов и др.); в двух случаях применялись коды XXI класса Z (Факторы, влияющие на состояние здоровья населения), не предназначенные для кодирования причин смерти; в 62 случаях использованы коды со звездочкой и в 53 случаях применялись коды XIX класса (S и T), которые не применимы для первоначальной причины. Еще в ряде случаев использовались коды, не используемые для первоначальной причины смерти: для смерти от новообразований в 1574 случаях (код C97); для сердечно-сосудистой смерти в 2542 случа-

Таблица 2

Структура первоначальных и множественных причин смерти населения старше трудоспособного возраста, Московская база умерших (%)

Классы болезней	Множественные причины	Первоначальная причина
Инфекционные и паразитарные заболевания (A0—B99)	0,8	0,4
Новообразования (C0—D49)	15,2	26,2
Болезни крови и кроветворных органов (D50—D99)	0,5	0,1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета (E0—E99)	1,7	0,5
Психические расстройства (F0—F99)	0,5	0,4
Болезни нервной системы (G0—G99)	12,5	3,2
Болезни глаза и его придаточного аппарата (H0—H59)	0,0	0,0
Болезни уха и сосцевидного отростка (H60—H99)	0,0	0,0
Болезни системы кровообращения (I0—I99)	52,5	58,2
Болезни органов дыхания (J0—J99)	6,3	2,7
Болезни органов пищеварения (K0—K99)	3,5	3,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки (L0—L99)	0,3	0,3
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M0—M99)	0,2	0,3
Болезни мочеполовой системы (N0—N99)	1,7	1,4
Врожденные аномалии (Q0—Q99)	0,1	0,1
Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния (R0—R99)	3,2	0,6
Внешние причины (V0—Y99)	0,8	1,4

ях, для болезней пищеварения в двух случаях и в одном случае для болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани. В третьих, достаточно часто встречались причины, которые в соответствии с правилами выбора первоначальной причины смерти должны быть изменены на другие (часто на другие классы болезней). Такие случаи выявлены для сахарного диабета (63 случая), психических расстройств (12), болезней системы кровообращения (4908), болезней органов дыхания (55) и пищеварения (7). В общем итоге среди кодов первоначальной причины смерти лиц старше трудоспособного возраста ошибки выявлены в 9,8%.

Обсуждение

Выявлено существенное различие показателей частоты распространения заболеваний среди лиц старше трудоспособного возраста, оцененное по данным обращаемости населения за медицинской помощью (общая заболеваемость) и патологической отягощенности, оцененной по данным сплошного обследования пожилого населения. Однако общая заболеваемость учитывает случаи обострения заболеваний и случаи излеченных заболеваний, зарегистрированные в течение года, которые не выявлялись в ходе сплошного обследования населения. Это проявилось в меньшей величине распространенности болезней органов чувств, кожи, мочеполовой системы, травм и отравлений.

Также в обследование не попали лица, находящиеся в стационарах и в других медицинских организациях круглосуточного пребывания, составляющие около 3% населения (при однократном проведении обследований прикрепленного населения). В какой-то мере это объясняет различие в показателях общей заболеваемости и патологической отягощенности новообразованиями, болезнями нервной системы и болезнями органов пищеварения.

Однако существенные различия показателей общей заболеваемости и патологической отягощенности среди пожилого населения для инфекционных заболеваний, психических расстройств, болезней органов дыхания, а также болезней системы кровообращения позволяют усомниться в практической пригодности отчетных данных о заболеваемости населения для целей профилактики смертности.

Меньшая доля болезней эндокринной системы в структуре смертности населения Нижегородской области по сравнению со структурой распространенности заболеваний (4,1% и 7,6% соответственно) отражает факт недоучета сахарного диабета как первоначальной причины смерти [12], а существенно большая доля болезней нервной системы (17,1% и 1,7%) — факт неверного учета в качестве первоначальной причины смерти отека мозга, являющегося по сути механизмом смерти. Большая доля (6,7%) плохо определенных причин (симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния) также отражает факт не высокого качества статистического учета причин смерти. С другой стороны, несмотря на более высокий уровень общей заболеваемости новооб-

разованиями по сравнению с выявленной патологической отягощенностью, доля новообразований в структуре общей заболеваемости втрое меньше, чем в структуре смертности (4,4% против 13,9%), что отражает факт позднего выявления злокачественных новообразований.

По данным московской базы умерших РФС ЕМИАС, различие структуры смертности по первоначальной причине и по множественным причинам смерти является не столь принципиальным, в отличие от различий в структуре разных оценок распространенности. При этом наибольшие различия структуры причин смерти по первоначальной причине и по множественным причинам наблюдается для заболеваний, фактически отражающих механизм смерти.

По сравнению со структурой смертности населения Нижегородской области в базе данных РФС ЕМИАС гораздо реже встречаются коды неопределенных причин, а также коды болезней нервной системы (предположительно за счет кода механизма смерти G93.6), что свидетельствует о лучшем качестве статистического учета причин смерти в московской базе умерших. Тем не менее на фоне проводимого в Москве обучения врачей кодированию причин смерти в кодах первоначальных причин базы данных РФС ЕМИАС выявлено много ошибок. Такая ситуация связана с тем, что врачи не обладают достаточной квалификацией для кодирования причин смерти, поскольку не могут заниматься этим регулярно, что является условием высокого качества кодирования.

Выводы

Качество учета причин смерти населения старше трудоспособного возраста в текущий период не удовлетворительно. Статистика заболеваемости населения не может в полной мере обеспечить информационную поддержку диагностики причин смерти. Для повышения качества учета причин смерти целесообразно введение института кодировщиков с предоставлением им возможности верификации диагнозов смерти в медицинских организациях, где плохо определенный диагноз был установлен.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбунова В. В., Иванов Н. П., Киселева И. Н. Повышение социально-экономической эффективности социального обслуживания граждан пожилого возраста в Российской Федерации. *Фундаментальные исследования* 2017; (9-2): 418-422.
2. Карпова О. Б., Проклова Т. Н. Здоровье лиц старше трудоспособного возраста в 2011—2015 годах. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко* 2017; (2): 25—28.
3. Верткин А. Л., Румянцева М. А., Скотникова А. С. Коморбидность. *Клиническая медицина* 2012; (10): 4—11.
4. Процаев К. И., Ильницкий А. Н., Постникова Л. И., Мурсалов С. У., Киселевич М. М., Шварцман Г. И. Клиническая патология полиморбидности в гериатрической практике. *Успехи геронтологии* 2011; 24(2): 285—289.
5. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, Glynn L, Muth C, Valderas JM. Prevalence, determinants

- and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One* 2014; 9(7): e102149
6. van Oostrom SH, Gijzen R, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, Picavet HS, Hoeymans N. Time trends in prevalence of chronic diseases and multimorbidity not only due to aging: data from general practices and health surveys. *PLoS One* 2016; 11(8): e0160264 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160264>
 7. Afshar S, Roderick P, Kowal P, Dimitrov B, Hill A. Global Patterns of Multimorbidity: A Comparison of 28 Countries Using the World Health Surveys. In: Hoque MN, Pecotte B, McGehee MA, eds. *Applied Demography and Public Health in the 21st Century*. Switzerland, Champringer International Publishing. 2017: 381—402.
 8. Анисимов В. Н., Серпов В. Ю., Финагентов А. В., Хавинсон В. Х. Новый этап развития геронтологии и гериатрии в России: проблемы создания системы гериатрической помощи. Часть 2. Структура системы, научный подход. *Успехи геронтологии* 2017; 30(4): 486—497.
 9. Ткачева О. Н., Рунихина Н. К., Остапенко В. С., Шарашкина Н. В. Семь вопросов для пожилых в практике врача первичного звена. *Успехи геронтологии* 2017; 30(2): 231—235.
 10. Добрых С. В., Алексеева С. В., Кореннова О. Ю., Хайсаров Т. Ф. Система мониторинга популяционного здоровья и клинико-экономической эффективности деятельности территориальной системы здравоохранения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2009;8(6):67—70.
 11. *International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision. Volume 2. Instruction manual. Fifth edition.* World Health Organization. 2016: 69—97.
 12. Сабгайда Т. П., Рошин Д. О., Секриеру Э. М., Никитина С. Ю. Качество кодирования причин смерти от сахарного диабета в России. *Здравоохранение Российской Федерации* 2013; (1): 11—15.
- Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020
- REFERENCES
1. Gorbunova VV, Ivanov NP, Kiseleva IN. Increase of social economic efficiency of social service for elderly people in the Russian Federation. *Fundamental'nye issledovaniya* 2017; (9—2): 418—422. (in Russian)
 2. Karpova OB, Proklova TN. Health of persons of working age in 2011—2015. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko* 2017; (2): 25—28. (in Russian)
 3. Vertkin AL, Romyantsev MA, Skotnikov AS. Comorbidity. *Klinicheskaya meditsina* 2012; (10): 4—11. (in Russian)
 4. Prashchayev KI, Ilnitski AN, Postnikova LI, Mursalov SU, Kiselevich MM, Shvartsman GI. The clinical pathology of polymorbidity in geriatrics practice. *Uspekhi gerontologii* 2011; 24(2): 285—289. (in Russian)
 5. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, Glynn L, Muth C, Valderas JM. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS One* 2014; 9(7): e102149
 6. van Oostrom SH, Gijzen R, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, Picavet HS, Hoeymans N. Time trends in prevalence of chronic diseases and multimorbidity not only due to aging: data from general practices and health surveys. *PLoS One* 2016; 11(8): e0160264 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160264>
 7. Afshar S, Roderick P, Kowal P, Dimitrov B, Hill A. Global Patterns of Multimorbidity: A Comparison of 28 Countries Using the World Health Surveys. In: Hoque MN, Pecotte B, McGehee MA, eds. *Applied Demography and Public Health in the 21st Century*. Switzerland, Champringer International Publishing. 2017: 381—402.
 8. Anisimov VN, Serpov VYu, Finagentov AV, Khavinson VKh. A new stage of development of gerontology and geriatrics in Russia: Problems of creation of a geriatric care system. Part 2. The structure of the system, scientific approach. *Uspekhi gerontologii* 2017; 30(4): 486—497. (in Russian)
 9. Tkacheva ON, Runikhina NK, Ostapenko VS, Sharashkina NV. Seven questions for elderly in the practice of primary care physicians. *Uspekhi gerontologii* 2017; 30(2): 231—235. (in Russian)
 10. Dobrykh SV, Alekseeva SV, Korennova OY, Khaysarov TF. Monitoring program for assessing population health and clinico-economical effectiveness of regional healthcare system. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2009;8(6):67—70. (in Russian)
 11. *International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision. Volume 2. Instruction manual. Fifth edition.* World Health Organization. 2016: 69—97.
 12. Sabgayda TP, Roshchin DO, Sekriyeru EM, Nikitina SYu. The quality of coding the causes of death because of diabetes mellitus in Russia. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii* 2013; (1):11—15. (in Russian)

Голенков А. В.¹, Шмелева С. В.², Бонкало Т. И.³

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СОНЛИВОСТИ В ПОПУЛЯЦИИ ОДНОГО ИЗ СУБЪЕКТОВ РОССИИ

¹ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова», 428015, г. Чебоксары;

²ФГБОУ ВО «Московский государственный университет технологий и управления им. К. Г. Разумовского, 109004, г. Москва;

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

Цель исследования — изучить чрезмерную дневную сонливость (ЧДС) среди жителей Республики Чувашия. Опрошено 2161 житель (1007 мужчин и 1154 женщины) в возрасте 18—70 лет (средний возраст 36,5 ± 13,8 года). Использовались Эпвортская шкала сонливости и тест NoSAS для оценки риска синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС). Математико-статистическая обработка включала описательную статистику, однофакторный дисперсионный анализ и расчет χ^2 -распределения.

ЧДС выявлена у 846 (39,2%) человек, без гендерной разницы и места их проживания. Респонденты с ЧДС были старше и имели больший индекс массы тела. С возрастом число лиц с ЧДС увеличивалось, достигая максимума в возрастной группе 61—70 лет. ЧДС чаще наблюдалась у респондентов с болезнями, нарушениями сна, регулярно употребляющих алкоголь, курящих, а также с храпом, остановками дыхания во сне, повышенным артериальным давлением и/или лечением гипертензии, усталостью в течение дня. Вероятность СОАС по NoSAS определялась у 295 (13,7%) человек (21,4% мужчин и 6,9% женщин); ЧДС присутствовала у 45,4% респондентов с СОАС.

Распространение ЧДС в населении позволяет рекомендовать врачам различных специальностей обращать на нее внимание и описанные факторы риска у пациентов расценивать как высоковероятные основания для квалификации СОАС, его целенаправленной диагностики и лечения, а также поиска коморбидной патологии.

К л ю ч е в ы е с л о в а : чрезмерная дневная сонливость; распространенность; население; Эпвортская шкала сонливости; Чувашия.

Для цитирования: Голенков А. В., Шмелева С. В., Бонкало Т. И. Распространенность сонливости в популяции одного из субъектов России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1113—1117. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1113-1117>

Для корреспонденции: Бонкало Татьяна Ивановна, д-р психол. наук, начальник отдела ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ»; e-mail: bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru

Golenkov A. V.¹, Shmeleva S. V.², Bonkalo T. I.³

THE PREVALENCE OF SLEEPINESS IN THE POPULATION OF ONE OF THE REGIONS OF RUSSIA

¹I. N. Ulianov Chuvash State University, 428015, Cheboksary, Russian Federation;

²Moscow State University of Technology and Management named after K. G. Razumovsky, 109004, Moscow, Russian Federation;

³State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115088, Moscow, Russian Federation;

The aim of the study was to study excessive daytime sleepiness (EDS) among the residents of Chuvashia. 2161 residents of the republic were interviewed (men — 1007, women — 1154) aged 18 to 70 (average — 36.5 ± 13.8 years old). The Epworth Sleepiness Scale and NoSAS test were used to assess the risk of obstructive sleep apnea syndrome (OSAS). Mathematical and statistical processing included descriptive statistics, one-way analysis of variance and calculation χ^2 -distribution.

EDS was detected in 846 people (39.2%), without any gender difference and their place of residence. The respondents with EDS were older and had a larger body mass index. With age, the number of individuals with EDS rate increased, reaching the maximum in the age group of 61—70 years. EDS was more often observed in respondents with diseases, sleep disturbances, regular alcohol consumption, smokers, as well as snoring, respiratory arrest in sleep, increased blood pressure and/or treatment for it, and tiredness during the day. The probability of OSAS by NoSAS was determined in 295 people (13.7%), in 21.4% of men and 6.9% of women; EDS was present in 45.4% of the respondents with OSAS.

The spread of EDS in the population makes it possible to recommend doctors of various specialties to pay attention to this act as well as to the described risk factors in patients as highly probable grounds for qualifying OSAS, its targeted diagnosis and treatment, as well as comorbid pathology.

Key words: excessive daytime sleepiness; prevalence; population; Epworth sleepiness scale; Chuvashia (Russia).

For citation: Golenkov A. V., Shmeleva S. V., Bonkalo T. I. The prevalence of sleepiness in the population of one of the regions of Russia. *Problemy socialnoi gigieni, zdavookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1113—1117 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1113-1117>

For correspondence: Bonkalo Tatyana Ivanovna, Doctor of Psychology, Head of the Department of the Research Institute, e-mail: bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020

Введение

Чрезмерная дневная сонливость (ЧДС) — это расстройство сна, которое часто встречается среди населения при многих психических и соматоневро-

логических заболеваниях [1]. В первую очередь укажем различные аффективные расстройства (депрессию) [2], состояния слабоумия у пожилых людей [3], неорганические нарушения сна, синдром хрониче-

ской усталости [4], а также широкий спектр сердечно-сосудистых, эндокринных, неврологических и инфекционных заболеваний [1, 5]. Гиперсомния нередко возникает и при приеме лекарственных средств, психоактивных веществ [6], несоблюдении гигиены сна (регулярном ограничении длительности сна) [7], у работников сменных профессий [8].

Перечисленные причины, естественно, требуют скрупулезной диагностики с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования [1, 9]. Однако для скрининга ЧДС зачастую достаточно применения шкал (опросников, анкет). Весьма пригодным (валидным и надежным) инструментом для этого зарекомендовала себя Эпвортская шкала сонливости (ЭШС) [10], которая широко используется в современных исследованиях [2, 3, 5, 6].

Большой практический и научный интерес представляют эпидемиологические исследования ЧДС [11—13], которые позволяют выявить в населении группы риска для последующей прицельной диагностики, лечения и профилактики психической и соматоневрологической патологии. Одной из таких работ последнего времени является интернет-опрос 5161 жителя из 331 населенного пункта России [14]. При этом почти половина опрошенных (48,9%) оказались респондентами из Москвы и Санкт-Петербурга, число жителей других городов колебалось в пределах 1,0—2,7%. В анализе региональные особенности не учитывались, группы по 51—139 человек из субъектов РФ не являлись репрезентативными. Между тем они имеют большое практическое значение в нашей стране для выработки профилактических мероприятий с учетом этой специфики и соблюдением размера выборки опрашиваемых респондентов.

Цель исследования — изучить ЧДС среди жителей Чувашской Республики (субъекта РФ с числом жителей 1 223 395).

Материалы и методы

Опрошен 2161 житель Чувашской Республики (1007 мужчин и 1154 женщины) в возрасте 18—70 лет (средний возраст $36,5 \pm 13,8$ года), среди них 1547 (71,6%) горожан, 614 (28,4%) селян. Исключались лица в возрасте младше 18 лет и старше 70 лет (в связи с трудностями осмысления вопросов, в частности, опроса по шкале с градацией оценок от 0 до 3, быстрой утомляемостью и необходимостью проведения исследования в несколько этапов).

В качестве скринингового инструмента апноэ сна использовалась анамнестическая анкета (основные социодемографические характеристики, а также наличие/отсутствие нарушений сна, храпа, усталости/сонливости в течение дня, остановок дыхания во сне, повышенного артериального давления (АД); индекс массы тела (ИМТ); окружность шеи) и ЭШС, согласно которой, по мнению ее автора, ≥ 9 баллов свидетельствуют об аномальной (патологической) сонливости [9]. Риск наличия СОАС определяли по Лозаннскому тесту NoSAS (шея, ожирение, храп, возраст, пол) с суммой 8 баллов и выше [15].

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (расчет среднего значения — M , стандартного отклонения — SD), однофакторного дисперсионного анализа (F) и χ^2 -распределения.

Результаты исследования

Сонливость (≥ 9 баллов по ЭШС) выявлена у 846 (39,15%) респондентов без гендерных различий (39,2% у мужчин и 39,1% у женщин) и места проживания (38,0% у горожан и 42,1% у селян); среднее значение баллов по ЭШС — $11,8 \pm 2,8$ балла в группе с ЧДС и $5,0 \pm 2,2$ — без ЧДС ($p < 0,001$).

Респонденты с ЧДС были достоверно ($p = 0,012$) старше, имели больший ИМТ ($p < 0,001$) за счет большего веса ($p = 0,001$) (табл. 1).

С возрастом число лиц с ЧДС плавно увеличивается (18—30 лет — 36,0%, 31—40 — 42,4%, 41—50 — 39,4%, 51—60 — 42,6%), достигая максимума в возрастной группе 61—70 лет (46,2%; $\chi^2 = 9,777$; $df = 4$; $p = 0,044$); при этом в группе после 50 лет с ЧДС — 68,3%, младше 50 лет — 34,7% ($\chi^2 = 43,214$; $df = 1$; $p < 0,001$).

Неработающие (безработные), с исключением пенсионеров и лиц с инвалидностью, чаще имеют ЧДС (46,7% против 38,5%; $\chi^2 = 4,659$; $df = 1$; $p = 0,03$), а учащиеся не отличаются от общей популяции (36,9% против 36,9%; $p > 0,05$).

Как показал сравнительный анализ, сонливость чаще наблюдается у респондентов, имеющих какие-либо заболевания (45,8% против 35,1% без болезней; $\chi^2 = 43,214$; $df = 1$; $p < 0,001$), нарушения сна (47,7% против 37,3% без патологии; $\chi^2 = 21,614$; $df = 1$; $p < 0,001$), регулярно употребляющих алкоголь (44,1% против 36,5% не употребляющих; $\chi^2 = 11,971$; $df = 1$; $p < 0,001$), курящих (48,0% против 36,7% у некурящих; $\chi^2 = 19,297$; $df = 1$; $p < 0,001$).

Кроме того, ЧДС намного чаще выявляется у опрошенных с храпом (54,3% против 34,3% без храпа; $\chi^2 = 66,89$; $df = 1$; $p < 0,001$), остановками дыхания во сне (60,3% против 37,3% без болезней; $\chi^2 = 35,736$; $df = 1$; $p < 0,001$), повышенным АД и/или лечением от гипертензии (53,8% против 35,6% без повышенного АД; $\chi^2 = 47,522$; $df = 1$; $p < 0,001$), усталостью (сонливостью) в течение дня (54,0% против 31,2% без усталости; $\chi^2 = 146,33$; $df = 1$; $p < 0,001$). Однако по числу респондентов с большой окружностью шеи в двух сравниваемых группах различий не обнаружено, как и по среднему размеру шеи (табл. 1).

Таблица 1

Показатели респондентов с сонливостью и без нее ($M \pm SD$)

Показатель	ЧДС		F	p
	есть	нет		
Возраст, годы	$37,5 \pm 14,2$	$35,9 \pm 13,5$	6,241	0,012
ИМТ	$24,6 \pm 4,5$	$24,0 \pm 4,3$	10,927	<0,001
Вес, кг	$71,2 \pm 14,3$	$69,2 \pm 14,0$	9,935	0,001
Рост, м	$1,69 \pm 0,8$	$1,69 \pm 0,8$	0,451	НД
Окружность шеи, см	$36,5 \pm 7,3$	$36,5 \pm 9,3$	0,042	НД

Примечание. *НД — не достоверно.

Таблица 2
Баллы по ЭШС в сравниваемых группах ($M \pm SD$)

Показатель	Признак		F	p
	есть	нет		
Возраст старше 50 лет	8,4 ± 4,7	7,6 ± 4,0	7,721	0,005
Имеющие заболевания	8,4 ± 4,3	7,3 ± 3,9	36,083	<0,001
Курящие	8,7 ± 4,3	7,4 ± 4,0	35,910	<0,001
Регулярно употребляющие алкоголь	8,2 ± 4,4	7,4 ± 3,9	18,283	<0,001
Нарушение сна	9,2 ± 4,3	7,5 ± 4,1	40,738	<0,001
ИМТ >25,0	9,1 ± 5,1	7,6 ± 4,1	6,549	0,01
Имеющие признаки апноэ, в том числе:				
храп	8,7 ± 4,9	7,5 ± 3,9	22,701	<0,001
остановки дыхания во сне	9,2 ± 4,6	7,2 ± 3,8	102,51	<0,001
усталость (сонливость) в течение дня	9,1 ± 4,0	6,7 ± 3,9	197,96	<0,001
повышенное АД	9,8 ± 4,9	7,5 ± 3,9	45,584	<0,001

В табл. 2 представлены средние показатели ЭШС с учетом описанных показателей. Видно, что во всех случаях выявляются достоверные различия по ЭШС со средними баллами в сравниваемых группах (8,2—10,2 ± 4,0—5,1 против 6,7—7,6 ± 3,9—4,1).

Вероятность СОАС по шкале NoSAS определялась у 295 (13,65%) человек, в том числе у 21,35% мужчин и 6,93% женщин ($\chi^2 = 94,83$; $df = 1$; $p < 0,001$). Сонливость выявлялась у 45,4% респондентов с СОАС и у 38,2% без него ($\chi^2 = 5,647$; $df = 1$; $p = 0,017$); средние значения по ЭШС составляли, соответственно, 8,7 ± 4,9 против 7,5 ± 4,9 балла ($F = 22,70$; $p < 0,001$).

Обсуждение

В проведенном исследовании число респондентов (2161) является репрезентативным и соответствует доверительной вероятности 99% и доверительному интервалу ±3%, превышая минимальное число обследованных в 1846 человек для 1 223 395 жителей Чувашии. Оно более чем в 5 раз больше минимального числа допустимого значения представительности выборки с доверительной вероятностью 95% и ошибкой ±5% ($n = 384$ человека)¹.

Использованная в настоящем исследовании ЭШС показывает высокую внутреннюю согласованность (альфа Кронбаха > 0,8), коррелирует с показателями ночной полисомнографии (задержкой начала сна, множественным тестом латентности сна), сатурацией (насыщением артериальной крови кислородом) [10]. В недавно опубликованных работах в качестве критической чаще используется сумма баллов по ЭШС ≥ 10 баллов [3, 5, 11—14]. В нашей выборке с показателем 9 баллов было 158 (7,8%) человек, тогда доля человек с ЧДС в населении с такой поправкой составит 31,38%. Однако многие рассчитанные нами средние значения по ЭШС в сравниваемых группах колебались в районе 9 баллов, что, согласно инструкции автора методики к шкале, свидетельствует об адекватности ее использования в изучении ЧДС; ровно 10 баллов набрали 7,7% опрошенных.

Поскольку ЧДС — довольно распространенное и неспецифическое расстройство, вызываемое массой причин, оно требует проведения дифференциальной диагностики с другими схожими по клинике состояниями [6, 9]. В частности, интерес представляет сопоставление ЧДС с синдромом хронической усталости. Однако отсутствие различий с физиологической и клинической точек зрения зачастую делает невозможной точную и однозначную квалификацию обоих синдромов [4]. Этому может, по мнению W. R. Pigeon и соавт., способствовать их лечение, которое разработано и должно использоваться (поведенческие вмешательства). Авторы призывают к созданию новых инструментов диагностики и структурированного интервью с разделами для выявления проявлений сонливости и ЭШС в клинических условиях [16].

В отличие от наших наблюдений, ЧДС в литературе все же чаще описываются у женщин [17, 18], особенно у более молодых, с низкими доходами и не имеющих работы [13]. Наблюдение за 4322 женщинами без ЧДС показало, что у 7,9% из них через 10 лет развилась избыточная сонливость, которая статистически (логистическая модель регрессивного анализа) подтверждалась инсомнией и наличием тревоги/депрессии, а также такими независимыми факторами, как соматические болезни, ожирение, храп и курение [19]. Известно, что нарушения сна (инсомния) и депрессия намного чаще встречаются у женщин, в то время как СОАС — у мужчин [1, 15]. Поэтому отсутствие гендерных различий в нашем исследовании можно объяснить взаимовлиянием этих факторов риска на распространенность ЧДС.

В похожем исследовании ЧДС в популяции Российской Федерации по данным интернет-опроса была отмечена у 40,9% респондентов [14]. В зарубежных работах в США ЧДС составила 23,34% [13], в Саудовской Аравии — 20,5% (у женщин — 22,2%, мужчин — 19,5%) [17], что значительно ниже данных, полученных в нашей стране. Более близкой к нашим результатам оказались лонгитюдные наблюдения I. Jaussent и соавт., согласно которым ЧДС изначально выявлялась у 33% участников опроса по ЭШС [2]. В течение 5 лет 61,4% опрошенных имели стабильные показатели дневной сонливости, у 44% они колебались, у 27,1% — устойчиво снижались и у 8,5% регистрировалось временное улучшение в период наблюдения [2].

Увеличение ЧДС в старших возрастных группах подробно описывается в литературе [1, 3, 14]. Ее предикторами являются ожирение, недержание мочи, плохая самооценка здоровья и симптомы депрессии [2, 18, 20]. ЧДС существенно ухудшает активность и повседневную деятельность пожилых людей, может приводить к утяжелению инвалидности и увеличивать риски их падений [21]. Модифицирующим фактором ЧДС является проживание в домах престарелых (сестринского ухода, интернатах), что приводит к стрессу и развитию (утяжелению) депрессивных состояний [22]. Более того, в недавно опубликованном обзоре отмечалось, что дневная сонливость у

¹ Расчет производился на онлайн-калькуляторе: <https://allcalc.ru/node/100>

людей преклонного возраста увеличивает риск развития деменции, что определяется общими патогенетическими механизмами их развития [3]. Кроме психоневрологической (аффективных, когнитивных) и эндокринной (ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет) патологии, существенным вкладом в ЧДС являются сердечно-сосудистые (цереброваскулярные) заболевания, сопровождающиеся высоким АД. Особенно неблагоприятная картина ЧДС с тяжелой формой СОАС наблюдается у пациентов с изолированной ночной гипертензией, АД, резистентным к лечению, сопутствующим высоким ИМТ, индексом апноэ-гипопноэ. Высказывается предположение, что диагностика и лечение избыточной сонливости могут помочь в снижении АД, заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и цереброваскулярных осложнений [5].

Среди основных причин ЧДС в литературе, кроме того, обсуждаются прием лекарств и нарушения сна [1, 6, 20]. В первую очередь анализируется связь сонливости с расстройствами дыхания во сне больных с СОАС [2, 5, 15]. ЭШС зачастую используется для скрининга СОАС, поэтому предпринимаются попытки по ее улучшению (повышению валидности) [11, 19, 23]. Так, проведено несколько исследований, в которых в дополнение к тестированию по ЭШС на вопросы шкалы просили ответить проживающего вместе с респондентом близкого человека (супруга, партнера), а потом ответы сопоставляли. Обычно оценки партнера на 3 с лишним балла были выше оценки обследуемого, хотя диагностические заключения по СОАС достоверно коррелировали. Чувствительность и специфичность ЭШС были наибольшими, когда и обследуемый, и его партнер имели по ЭШС сумму 10 баллов и больше. Делается вывод об использовании такого консенсуса для обеспечения более точной оценки СОАС (ЧДС) [11, 23].

Из других нарушений сна при сонливости изучались инсомния (бессонница) [20], гигиена сна [15, 19], бессонница и прием снотворных препаратов [2], длительность сна [17], а также синдром беспокойных ног [12], храп, остановки дыхания во сне [18].

Ограничениями нашего исследования является то, что оно основано на субъективных оценках. Мы не смогли разграничить ЧДС на первичную (нарколепсия, идиопатическая гиперсомния) и вторичную (вследствие нарушений сна, соматоневрологической патологии, психических расстройств, приема лекарств), хотя делаются такие попытки с учетом суммы баллов ЭШС [6]. Например, вероятность СОАС возможна в диапазоне 9—16 баллов по шкале ЭШС, а нарколепсия — 17—25 баллов. Между тем для этого, кроме психометрического обследования с выполнением нескольких тестов, необходимы клиническое обследование и использование электрофизиологических методов (актиграфии, пустилографии, электроэнцефалографии, полисомнографии) [1], создание сомнологических центров (отделений) с квалифицированным персоналом.

Выводы

Проведенное в репрезентативной выборке населения Чувашской Республики исследование показало, что сонливость по ЭШС определяется у 31,38—39,15% респондентов (по критериям 10 или 9 баллов для ЧДС). ЧДС увеличивается с возрастом (особенно после 50 лет) при наличии соматоневрологической патологии, регулярного употребления алкоголя, курения, нарушений сна. У лиц с сонливостью можно предполагать (по тесту NoSAS) развитие СОАС с такими характерными симптомами, как храп, остановки дыхания во сне, утомление (сонливость) в течение дня, повышенные АД и ИМТ. Указанные обстоятельства позволяют рекомендовать самому широкому кругу врачей разных специальностей обращать внимание на ЧДС и другие специфические факторы риска как высоковероятные основания для квалификации СОАС, его целенаправленной диагностики и лечения.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Полуэктов М. Г., Аристанкесян Е. А., Бузунов Р. В., Вараев С. И., Волель Б. А., Голенков А. В., и др. Сомнология и медицина сна. 2-е изд., допол. и перераб. Полуэктов М. Г. (ред.). М.: Медконгресс; 2020.
2. Jausent I., Morin C. M., Ivers H., Dauvilliers Y. Natural history of excessive daytime sleepiness: a population-based 5-year longitudinal study. *Sleep*. 2020;43(3):zsz249. doi: 10.1093/sleep/zsz249
3. Ковров Г. В., Медведева А. В., Аронсон А. В., Берлева Ю. В., Есюнина И. С., Куликова В. С., и др. Дневная сонливость и когнитивные расстройства в пожилом возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2020;120(1):96—102. doi: 10.17116/jnevro202012001196
4. Neu D., Linkowski P., le Bon O. Clinical complaints of daytime sleepiness and fatigue: how to distinguish and treat them, especially when they become 'excessive' or 'chronic'? *Acta Neurol. Belg.* 2010;110(1):15—25.
5. Feng J., He Q. Y., Zhang X. L., Chen B. Y. Epworth Sleepiness Scale may be an indicator for blood pressure profile and prevalence of coronary artery disease and cerebrovascular disease in patients with obstructive sleep apnea. *Sleep Breath.* 2012;16(1):31—40. doi: 10.1007/s11325-011-0481-5
6. Бабкина О. В., Полуэктов М. Г., Левин О. С. Диагностика дневной сонливости. *Эффективная фармакотерапия*. 2016;(19):80—5.
7. Голенков А. В., Полуэктов М. Г. Особенности представлений о правилах гигиены сна в российской популяции. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2016;116(8):57—61.
8. Slinger T. E., Gross J. V., Pinger A., Morfeld P., Bellinger M., Duhme A. L., et al. Person-directed, non-pharmacological interventions for sleepiness at work and sleep disturbances caused by shift work. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016;(8):CD010641. doi: 10.1002/14651858.CD010641.pub2
9. Baiardi S., Mondini S. Inside the clinical evaluation of sleepiness: subjective and objective tools. *Sleep Breath.* 2020;24(1):369—77. doi: 10.1007/s11325-019-01866-8
10. Johns M. W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14(6):540—5. doi: 10.1093/sleep/14.6.540
11. Bonzelaar L. B., Salapatas A. M., Yang J., Friedman M. Validity of the Epworth sleepiness scale as a screening tool for obstructive sleep apnea. *Laryngoscope*. 2017;127(2):525—31. doi: 10.1002/lary.26206
12. Appleton S. L., Gill T. K., Lang C. J., Taylor A. W., McEvoy R. D., Stocks N. P., et al. Prevalence and comorbidity of sleep conditions in Australian adults: 2016 Sleep Health Foundation national survey. *Sleep Health*. 2018;4(1):13—9. doi: 10.1016/j.sleh.2017.10.006
13. Kolla B. P., He J. P., Mansukhani M. P., Frye M. A., Merikangas K. Excessive sleepiness and associated symptoms in the U. S. adult popu-

- lation: prevalence, correlates, and comorbidity. *Sleep Health*. 2020;6(1):79—87. doi: 10.1016/j.sleh.2019.09.004
14. Калинин А. Л. Распространенность избыточной дневной сонливости в Российской Федерации. *Невро-мышечные болезни*. 2018;8(4):43—8. doi:10.17650/2222-8721-2018-8-4-43-48
15. Marti-Soler H., Hirotsu C., Marques-Vidal P., Vollenweider P., Waerber G., Preisig M., et al. The NoSAS score for screening of sleep-disordered breathing: a derivation and validation study. *Lancet Respir. Med.* 2016;4(9):742—8. doi: 10.1016/S2213-2600(16)30075-3
16. Pigeon W. R., Sateia M. J., Ferguson R. J. Distinguishing between excessive daytime sleepiness and fatigue: toward improved detection and treatment. *J. Psychosom. Res.* 2003;54(1):61—9. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00542-1
17. Fatani A., Al-Rouqi K., Al Towairky J., Ahmed A. E., Al-Jahdali S., Ali Y., et al. Effect of age and gender in the prevalence of excessive daytime sleepiness among a sample of the Saudi population. *J. Epidemiol. Glob. Health.* 2015;5(4 Suppl 1):S59—66. doi: 10.1016/j.jegh.2015.05.005
18. van der Spuy I., Karunanayake C. P., Dosman J. A., McMullin K., Zhao G., Abonyi S., et al. Determinants of excessive daytime sleepiness in two First Nation communities. *BMC Pulm. Med.* 2017;17(1):192. doi: 10.1186/s12890-017-0536-x
19. Theorell-Haglöw J., Åkerstedt T., Schwarz J., Lindberg E. Predictors for development of excessive daytime sleepiness in women: a population-based 10-year follow-up. *Sleep*. 2015;38(12):1995—2003. doi: 10.5665/sleep.5258
20. Jaussent I., Bouyer J., Ancelin M. L., Akbaraly T., Pérès K., Ritchie K., et al. Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep*. 2011;34(8):1103—10. doi: 10.5665/SLEEP.1170
21. Lima C. A., Soares W. J., Bilton T. L., Dias R. C., Ferrioli E., Perracini M. R. Correlates of excessive daytime sleepiness in community-dwelling older adults: an exploratory study. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2015;18(3):607—17. doi: 10.1590/1980-5497201500030007
22. Brewster G. S., Hirschman K. B., Riegel B. J., Hanlon A. L., Huang L., McPhillips M. V., et al. Association of health related quality of life domains with daytime sleepiness among elderly recipients of long-term services and supports. *Geriatr. Nurs.* 2019;40(4):417—23. doi: 10.1016/j.gerinurse.2019.01.006
23. Bhat S., Upadhyay H., DeBari V. A., Ahmad M., Polos P. G., Chokroverty S. The utility of patient-completed and partner-completed Epworth Sleepiness Scale scores in the evaluation of obstructive sleep apnea. *Sleep Breath.* 2016;20(4):1347—54. doi: 10.1007/s11325-016-1370-8
6. Babkina O. V., Poluektov M. G., Levin O. S. Diagnostics of daytime sleepiness. *Effektivnaya farmakoterapiya*. 2016;(19):80—5 (in Russian).
7. Golenkov A. V., Poluektov M. G. Features of ideas about the rules of sleep hygiene in the Russian population. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova*. 2016;116(8):57—61 (in Russian).
8. Slinger T. E., Gross J. V., Pinger A., Morfeld P., Bellinger M., Duhme A. L., et al. Person-directed, non-pharmacological interventions for sleepiness at work and sleep disturbances caused by shift work. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016;(8):CD010641. doi: 10.1002/14651858.CD010641.pub2
9. Baiardi S., Mondini S. Inside the clinical evaluation of sleepiness: subjective and objective tools. *Sleep Breath.* 2020;24(1):369—77. doi: 10.1007/s11325-019-01866-8
10. Johns M. W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14(6):540—5. doi: 10.1093/sleep/14.6.540
11. Bonzelaar L. B., Salapatas A. M., Yang J., Friedman M. Validity of the Epworth sleepiness scale as a screening tool for obstructive sleep apnea. *Laryngoscope*. 2017;127(2):525—31. doi: 10.1002/lary.26206
12. Appleton S. L., Gill T. K., Lang C. J., Taylor A. W., McEvoy R. D., Stocks N. P., et al. Prevalence and comorbidity of sleep conditions in Australian adults: 2016 Sleep Health Foundation national survey. *Sleep Health*. 2018;4(1):13—9. doi: 10.1016/j.sleh.2017.10.006
13. Kolla B. P., He J. P., Mansukhani M. P., Frye M. A., Merikangas K. Excessive sleepiness and associated symptoms in the U. S. adult population: prevalence, correlates, and comorbidity. *Sleep Health*. 2020;6(1):79—87. doi: 10.1016/j.sleh.2019.09.004
14. Kalinkin A. L. Prevalence of excessive daytime sleepiness in the Russian Federation. *Nervno-myshechnyye bolezni*. 2018;8(4):43—8. doi:10.17650/2222-8721-2018-8-4-43-48 (in Russian).
15. Marti-Soler H., Hirotsu C., Marques-Vidal P., Vollenweider P., Waerber G., Preisig M., et al. The NoSAS score for screening of sleep-disordered breathing: a derivation and validation study. *Lancet Respir. Med.* 2016;4(9):742—8. doi: 10.1016/S2213-2600(16)30075-3
16. Pigeon W. R., Sateia M. J., Ferguson R. J. Distinguishing between excessive daytime sleepiness and fatigue: toward improved detection and treatment. *J. Psychosom. Res.* 2003;54(1):61—9. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00542-1
17. Fatani A., Al-Rouqi K., Al Towairky J., Ahmed A. E., Al-Jahdali S., Ali Y., et al. Effect of age and gender in the prevalence of excessive daytime sleepiness among a sample of the Saudi population. *J. Epidemiol. Glob. Health.* 2015;5(4 Suppl 1):S59—66. doi: 10.1016/j.jegh.2015.05.005
18. van der Spuy I., Karunanayake C. P., Dosman J. A., McMullin K., Zhao G., Abonyi S., et al. Determinants of excessive daytime sleepiness in two First Nation communities. *BMC Pulm. Med.* 2017;17(1):192. doi: 10.1186/s12890-017-0536-x
19. Theorell-Haglöw J., Åkerstedt T., Schwarz J., Lindberg E. Predictors for development of excessive daytime sleepiness in women: a population-based 10-year follow-up. *Sleep*. 2015;38(12):1995—2003. doi: 10.5665/sleep.5258
20. Jaussent I., Bouyer J., Ancelin M. L., Akbaraly T., Pérès K., Ritchie K., et al. Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep*. 2011;34(8):1103—10. doi: 10.5665/SLEEP.1170
21. Lima C. A., Soares W. J., Bilton T. L., Dias R. C., Ferrioli E., Perracini M. R. Correlates of excessive daytime sleepiness in community-dwelling older adults: an exploratory study. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2015;18(3):607—17. doi: 10.1590/1980-5497201500030007
22. Brewster G. S., Hirschman K. B., Riegel B. J., Hanlon A. L., Huang L., McPhillips M. V., et al. Association of health related quality of life domains with daytime sleepiness among elderly recipients of long-term services and supports. *Geriatr. Nurs.* 2019;40(4):417—23. doi: 10.1016/j.gerinurse.2019.01.006
23. Bhat S., Upadhyay H., DeBari V. A., Ahmad M., Polos P. G., Chokroverty S. The utility of patient-completed and partner-completed Epworth Sleepiness Scale scores in the evaluation of obstructive sleep apnea. *Sleep Breath.* 2016;20(4):1347—54. doi: 10.1007/s11325-016-1370-8

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

Толкушин А. Г., Лучинин Е. А., Холовня-Волоскова М. Э., Завьялов А. А.

ИСТОРИЯ АМИНОХИНОЛИНОВЫХ ПРЕПАРАТОВ: ОТ КОРЫ ХИННОВОГО ДЕРЕВА ДО ХЛОРОХИНА И ГИДРОКСИХЛОРОХИНА

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

В статье представлен обзор исторических фактов, связанных с открытием и внедрением хлорохина и гидроксихлорохина. История изучения аминохинолиновых препаратов связана с открытием противомаларийного действия коры хиннового дерева, выделением хинина и других действующих веществ — алкалоидов и определением их структуры. Структурное сходство хинина и одного из первых химически синтезированных красителей — метиленового синего — являлось важным фактором начала синтеза молекул с антималярийной активностью в 1930-е гг. в Германии. Последовательно в медицинскую практику были введены памахин (плазмохин, плазмоцид), квинакрин (хинакрин, акрихин, атабрин, мепакрин), сонтохин, хлорохин, примахин, гидроксихлорохин и мефлохин (лариам). Многие из этих лекарственных препаратов перестали широко применяться. Однако хлорохин и гидроксихлорохин не потеряли своей актуальности. Были расширены рамки их использования.

Ключевые слова: хлорохин; гидроксихлорохин; история противомаларийных аминохинолиновых лекарственных препаратов.

Для цитирования: Толкушин А. Г., Лучинин Е. А., Холовня-Волоскова М. Э., Завьялов А. А. История аминохинолиновых препаратов: от коры хиннового дерева до хлорохина и гидроксихлорохина. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1118—1122. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1118-1122>

Для корреспонденции: Холовня-Волоскова Мальвина Альбертовна — начальник отдела оценки медицинских технологий ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». E-mail: kholovnyame@zdrav.mos.ru

Tolkushin A. G., Luchinin E. A., Kholovnya-Voloskova M. E., Zavyalov A. A.

HISTORY OF AMINOQUINOLINE PREPARATIONS: FROM CINCHONA BARK TO CHLOROQUINE AND HYDROXYCHLOROQUINON

State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115088 Moscow, Russian Federation

The article presents a review of the historical facts related to the discovery and introduction of chloroquine and hydroxychloroquine. The history of studying aminoquinoline preparations is associated with the discovery of the antimalarial action of the bark of the quinine tree, the isolation of quinine from other active substances — alkaloids and the determination of their structure. The structural similarity of quinine and one of the first chemically synthesized dyes — methylene blue was an important factor at the beginning of the synthesis of molecules with antimalarial activity in the 1930s in Germany. Pamaquin (plasmaquin, plasmocid), quinacrine (quinacrine, Atebrin, Mepacrine), sontoquine (sontochin), chloroquine, primaquine, hydroxychloroquine, and mefloquine (Lariam) were consistently introduced in medical practice. Many of these medications are no longer widely used. However, chloroquine and hydroxychloroquine have not lost their relevance. The scope of their use has been expanded.

Keywords: chloroquine; hydroxychloroquine; history of antimalarial aminoquinoline medicines.

For citation: Tolkushin A. G., Luchinin E. A., Kholovnya-Voloskova M. E., Zavyalov A. A. History of aminoquinoline preparations: from cinchona bark to chloroquine and hydroxychloroquinon. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(Special Issue):1118—1122 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1118-1122>

For correspondence: Kholovnya-Voloskova Malvina Albertovna, Head of the Medical Technology Assessment Department of the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, 115088 Moscow, Russian Federation. E-mail: kholovnyame@zdrav.mos.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020**История открытия и синтеза аминохинолиновых препаратов**

Одним из наиболее интересных в историческом аспекте лекарственных препаратов, которые не потеряли актуальности в 2020 г. в связи с пандемией COVID-19, являются производные аминохинолина — хлорохин и гидроксихлорохин. Эти лекарственные препараты можно отнести к наиболее многоцелевым. Они нашли применение при заболеваниях, которые не связаны между собой ни этиологически, ни патогенетически: малярия и другие прото-

зоиные инфекции, системная красная волчанка и ревматоидный артрит, сахарный диабет и вирусные заболевания.

Для анализа динамики разработки лекарственных препаратов до получения хлорохина использовали анализ контента источников первичной и вторичной информации.

История открытия и синтеза аминохинолиновых препаратов непосредственно связана с корой хинного дерева. Хинное дерево, или Цинхона — вечнозеленое древесное растение, естественным ареалом произрастания которого являются высокогорные

районы, расположенные на северо-западе Латинской Америки [1].

Народности, населявшие эту местность в период испанской экспансии, использовали настой коры хинного дерева для борьбы с «дрожанием, вызванным низкими температурами» [2]. По мнению некоторых историков, малярия была «завезена» в Новый Свет из Испании [3]. В 1660-е гг. миссионеры католического Ордена Иезуитов в Южной Америке использовали порошок из коры цинхоны для лечения перемежающейся лихорадки. С этой же целью порошок был переправлен в Европу, где стал применяться для лечения перемежающейся лихорадки, а затем малярии, вспышки которой регулярно наблюдались в Италии, Франции и Британии в XVIII—XIX вв. [4].

В XVIII в. кора хинного дерева сыграла ключевую роль в появлении гомеопатии. В 1790 г. Самуэль Ганеман, приняв высокую дозу коры хинного дерева, испытал симптомы, которые были похожи на симптомы, которые появляются у больных малярией, что позволило ему выдвинуть теорию и принцип «лечение подобным» [5].

В Северной Америке на основании порошка коры хинного дерева был разработан лекарственный препарат — пилюли доктора Саппингтона (1832 г., штат Миссури) — для лечения скарлатины, желтой лихорадки и гриппа, состав которых он изложил в своей книге в 1844 г. [6].

Алкалоиды коры хинного дерева были выделены и описаны в 1820 г. во Франции основателями химии алкалоидов Пьером Пеллетье и Жозефом Каванту [7]. Наибольшее распространение получил хинин. Выделение очищенного хинина позволило лучше контролировать дозировку, поскольку количество алкалоидов в растительном сырье различалось, а также уменьшить побочные эффекты. Сообщалось, что тошнота, помутнение зрения, депрессия и нарушения ритма сердца были вызваны в большей степени цинхонином и хинидином, чем хинином [8]. Хинин выпускался в виде гидрохлорида, дигидрохлорида, сульфата, бисульфата, глюконата и гидробромида. В одном из первых упоминаний медицинского применения хинина отмечен жаропонижающий эффект хинина сульфата [9]. Таблетки «Бромо Хинин», включавшие хинина гидробромид, производства «Grove Laboratories» (компания, основана в 1886 г. в США; в 1957 г. приобретена компанией «Bristol-Myers» [10]) имели показания к применению при гриппе, простуде и головной боли [11]. Рост потребности в коре хинного дерева привел к тому, что в течение XIX в. плантации цинхоны в Южной Америке существенно истощились. Несмотря на монопольный запрет вывоза семян цинхоны из Южной Америки, это дерево стали культивировать в колониальной Индии, а также на острове Ява, принадлежавшем Голландии, который стал основным мировым поставщиком коры хинного дерева в начале XX в. [12].

Химическая формула хинина была впервые описана в 1854 г. в Германии Адольфом Штрекером [13]. В 1879, 1894 и 1907 гг. структурная формула хинина

уточнена Зденко Хансом Скраупом, Кенигсом и Генрихом Херлейном с Паулем Рабе, соответственно [14]. В течение XX в. были разработаны алгоритмы полного химического синтеза природного хинина, однако они не были коммерчески жизнеспособными для промышленного синтеза сложной молекулы.

В 1880 г. Шарль Лаверан (Франция), работая в Алжире, обнаружил малярийного паразита в крови человека, наблюдая бесполоую делящуюся форму — шизонты. Позже, в 1885—1890-х гг., были описаны виды плазмодиев: *P. vivax*, *P. malariae*, *P. falciparum*. В 1897 г. Рональд Росс (Британия), находившийся в Индии, выявил, что малярия передается при укусе малярийного комара. Он наблюдал половую форму — гаметоциты [15].

Геополитические изменения в мире на пороге XX в. при остающейся высокой заболеваемости (350—500 млн случаев в год) и смертности (1,3—3,0 млн случаев в год) от малярии [16] ставили задачу поиска альтернативного метода лечения, не зависящего от ограниченных поставок растительного сырья.

В конце XIX в. были химически синтезированы некоторые анальгетики и жаропонижающие препараты (например, антифебрин, фенацетин), которые, однако, не были эффективны при малярии [17].

Метиленовый синий

В 1891 г. Пауль Гуттманн и Пауль Эрлих опубликовали результаты, которые удалось достичь в ходе серий гистологических окрашиваний метиленовым синим. В частности, метиленовый синий, обладая известной бактерицидной активностью, накапливался в клетках малярийного плазмодия. Применив метиленовый синий у 2 пациентов, авторы отметили эффект терапии малярии при отсутствии серьезных нежелательных явлений [18]. В работах других исследователей 1891—1892 гг. были получены противоречивые данные [19]. Однако метиленовый синий был включен в некоторые клинические рекомендации начала XX в. (например, в США) [20].

Структурное сходство метиленового синего и природного хинина подтолкнули ученых к синтезу новых молекул на основе метиленового синего. Было последовательно синтезировано несколько химических молекул, которые затем были протестированы *in vivo* на канарейках, зараженных *Plasmodium relictum* [21]. Исследования на людях были проведены в ходе лечения нейросифилиса с применением целенаправленного лечебного заражения малярией [22, 23].

Памахин

Первым препаратом, успешно прошедшим испытание, был **памахин** (плазмохин, плазмоцид), синтезированный в 1924 г. в лабораториях «Farbenfabrik Bayer» в Эльберфельде, Германия (входившем на тот момент в состав «I. G. Farbenindustrie»). Памахин был единственным препаратом, активным в отношении гаметоцитарной и печеночной стадий плазмодия, позволяя предотвращать рецидивы и распространение заболевания [24]. Несмотря на это, ученые

из компании «Baeyer» посчитали памахин недостаточно безопасным препаратом и предложили использовать препарат **цертуна** (Certuna, Cilional), обладающий меньшей эффективностью, но большей безопасностью. Однако он не получил широкого распространения [25].

В СССР плазмодид был синтезирован в 1931 г. [26]. Памахин и цертуна были вытеснены примахином, который был синтезирован Робертом Элдерфилдом и его коллегами из Мичиганского университета в 1946 г. [27].

Квинакрин

В 1933 г. в Германии был синтезирован **квинакрин** (хинакрин, Атабрин, известен также как Мепакрин, Итальян, Акрихин) [28], который оказался достаточно безопасным и эффективным для профилактического использования [29]. В США по лицензионному соглашению атабрин производила компания «Winthrop Chemical Company» [30] (в дальнейшем была объединена в «Sterling Winthrop», затем, в 1988 г., поглощена компанией «Eastman Kodak», а в 1993—1994 гг. частично передана компаниям «Sanofi» — рецептурные препараты и «Baeyer» — безрецептурные препараты [31, 32]).

В СССР это химическое соединение было готово к промышленному синтезу по новой технологии, разработанной З. В. Беневоленской и И. Л. Кнунянц в 1934 г. [33]. В 1935 г. было запущено массовое производство в подмосковной Старой Купавне на специально построенном заводе, который получил одноименное с препаратом название «Акрихин» [34] (в настоящее время в России препаратов с МНН квинакрин не зарегистрировано).

Хлорохин и сонтохин

Еще более эффективными в терапии малярии оказались случайно полученные хлорзамещенные соединения. Обратив на это внимание, Ганс Андерстаг получил в 1934 г. **хлорохин** (Resochin) и вскоре после этого — **сонтохин** (Sontochin, также называемый Нивакином) [35]. Учеными в Германии было отдано предпочтение последнему препарату. Партнерами компании «Baeyer» в отношении производства сонтохина выступали американская «Winthrop» и французская «Spesia», которая проводила клинические исследования на территории колониального Туниса.

В 1939 г. Национальный исследовательский совет США выдвинул противомаларийную исследовательскую инициативу, которая к концу Второй мировой войны превратилась в масштабную программу скрининга и разработки, включающей как промышленность, так и государственные и академические исследовательские лаборатории. Программа сотрудничала с исследователями в Великобритании и Австралии и провела скрининг более 14 тыс. соединений против малярии, первоначально определив квинакрин как лучшее соединение, но позже закрепившись на хлорохине (Араленот компании «Winthrop») [36].

Полевые испытания, проведенные австралийским медицинским офицером Нилом Гамильтоном Фэрли, показали, что хлорохин был даже более эффективен, чем сонтохин [37]. Хлорохин вошел в клиническое применение в 1947 г. [38].

Примахин

В 1946 г. в США был получен **примахин** [39]. Он долгое время являлся единственным противомаларийным препаратом, предотвращающим рецидивы малярии *vivax* и *ovale*, и единственным мощным гаметоцитотоксиком при малярии *falciparum* [40]. В 2018 г. было предложено заменить его на тафенохин, зарегистрированный в США в 2018 г. [41, 42].

Гидроксихлорохин

В 1950-е гг. был получен гидроксихлорохин, обладающий наиболее благоприятным профилем безопасности при продолжительном применении. Гидроксихлорохин крайне мало применялся при малярии. Основной областью его применения была и остается системная красная волчанка, а также ревматоидный артрит.

Мефлохин

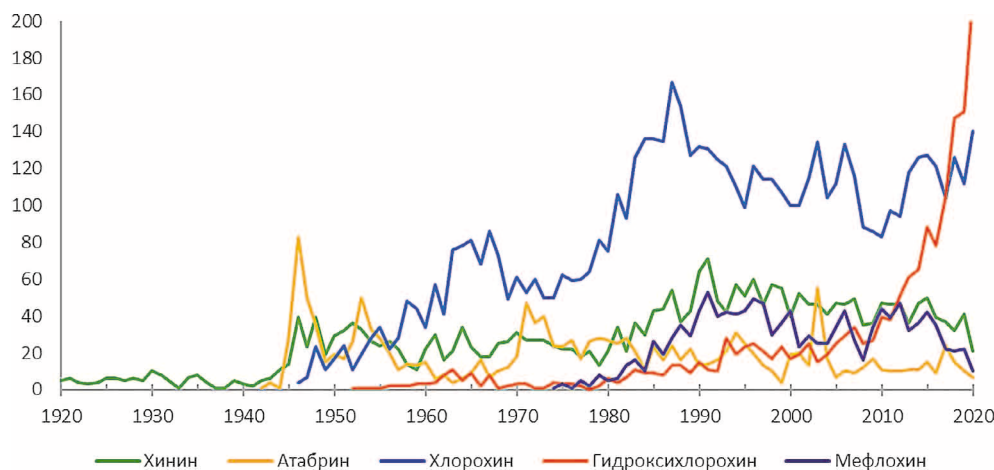
После войны во Вьетнаме в 1970-е гг. в армии США был получен **мефлохин** (Лариам), который был передан компании «F. Hoffmann-La Roche». Этот лекарственный препарат был позднее отозван с рынка США (2009 г.), а затем и из других стран из-за сообщений о нежелательных явлениях, включающих серьезные нарушения нервной системы, кровообращения, мышечные расстройства и расстройства артикуляции [37].

Динамика научного интереса к различным «хинам»

Динамику научного интереса отражает анализ встречаемости наименований в названиях публикаций. В частности, в названиях работ, индексируемых в базе данных MedLine, чаще всего встречается хлорохин. Стабильно упоминался хинин, однако с середины 1940-х гг. он упоминался реже, чем другие термины: квинакрин (Мепакрин, Атабрин), а затем, с середины 1950-х гг., хлорохин (рисунки).

Вспышка интереса к Атабрину в 1946 г., вероятно, была связана с окончанием Второй мировой войны, а в 2003 г. — с применением этого лекарственного препарата для медикаментозной стерилизации. В декабре 2003 г. вышел специальный номер «The International Journal of Gynecology & Obstetrics», полностью посвященный стерилизации квинакрином и включающий более 20 публикаций с отчетами о 40 252 случаях использования стерилизации квинакрином в разных странах [44].

Пик публикационной активности работ по хлорохину в 1987 г. во многом обусловлен оценкой чувствительности и устойчивости малярийных плазмодиев. Гидроксихлорохин стал набирать популярность только в 2010-е гг., обогнав с 2017 г. хлорохин. Если в 2018 г. большинство работ по гидроксихлоро-



Упоминание лекарственных препаратов в названиях работ, индексируемых в PubMed.

хину было посвящено системной красной волчанке, то в 2019 г. было опубликовано много работ по применению и исследованиям хлорохина и гидроксихлорохина в онкологии. Всплеск интереса к хлорохину и гидроксихлорохину в 2020 г. обусловлен его применением во время пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Исследования препаратов на основе коры хинного дерева ведутся с начала XVII в. Большое количество перспективных открытий приходилось на середину XX в., когда была показана эффективность хлорохина при лечении малярии, сахарного диабета, ревматоидных заболеваниях, бронхиальной астмы, порфирии и вирусных инфекций. Успешное применение хлорохина при этих заболеваниях, предположительно, связано с универсальным механизмом его действия.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Flückiger F. A., Hanbury D. Pharmacographia: a history of the principle drugs of vegetable origin, met with in Great Britain and British India. London: MacMillan and Co.; 1874:302—31.
2. Guerra F. The introduction of Cinchona in the treatment of malaria, parts 1 and 2. *J. Trop. Med. Hyg.* 1977;80(6):112—8;135—40.
3. Yalcindag E., Elguero E., Arnathau C., Durand P., Akiana J., Anderson T. J., et al. Multiple independent introductions of *Plasmodium falciparum* in South America. *PNAS.* 2012;109(2):511—6. doi: 10.1073/pnas.1119058109
4. Jarcho S. Quinine's Predecessor: Francesco Torti and the Early History of Cinchona. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press; 1993.
5. Поляков В. Е. Открытия Самуэля Ганемана и история зарождения гомеопатии. *Педиатрия. Журнал им. Г. Н. Сперанского.* 2015;94(4):99—104.
6. Sappington J., Stith F. The Theory and Treatment of Fevers. Arrow Rock [Mo.]; 1844. Режим доступа: <https://historicmissourians.shsmo.org/historicmissourians/name/s/sappington/>
7. Pelletier P., Caventou J. B. Recherches chimiques sur les quinquinas. *Ann. Chim. Phys.* 1820;15:289—318.
8. Chopra R. N. Anti-malarial remedies: natural and synthetic. *Calcutta Med. J.* 1938;34:183—93.
9. Dickson D. J. H. On the febrifuge power of the sulphate of quinine. *Edinb. Med. Surg. J.* 1823;19(77):571—3.
10. Grove to be sold to bristol-myers. *New York Times. Section Business Finance.* 1957. P. 35. Режим доступа: <https://www.nytimes.com/1957/11/09/archives/grove-to-be-sold-to-bristolmyers-bromoquinine-4way-and-fitch-line.html> Режим доступа: <https://mycompa>

nies.fandom.com/wiki/Grove_Laboratories <https://tennesseencyclopedia.net/entries/edwin-wiley-grove/>

11. Taylor N. Cinchona in Java: the story of quinine. New York: Greenburg; 1945.
12. Strecker A. Untersuchungen über die Constitution des Chinins. *Liebigs Ann.* 1854;1:155—70.
13. Schulemann W. Synthetic anti-malarial preparations: a discussion of the various steps which led to the synthesis and discovery of «plasmoguin» and a brief account of its use in tropical medicine. *Proc. Roy. Soc. Med.* 1932;25:897—905.
14. Горелова Л. Е. Из истории борьбы с малярией. *Русский медицинский журнал.* 2009;(7):503—4.
15. Campbell N. A., Reece J. B., Heyden R. «Biology» Seventh edition. Menlo Park: Addison Wesley Longman, Inc; 2005.
16. Hüchel W. Vorlesungen über Pharmazeutische Chemie und Arzneimittelsynthese, II. Band, Organische Teil. Stuttgart: Enke; 1962.
17. Guttman P., Ehrlich P. Über die Wirkung des Methylenblau bei Malaria. *Klin. Wochenschr.* 1891;28:953—6.
18. An epitome of current medical literature. *Suppl. BMJ.* 1892;47.
19. Funk E., Potter S. L. Potter's therapeutics, materia medica, and pharmacy. Philadelphia: P. Blakiston's Son & Co.; 1917. 733 p.
20. Kikuth W. Zur Frage der Malaria Prophylaxe. *Hoppe Seylers Z. Physiol. Chem.* 1942;274:9—18.
21. Covell G., Nicol W. D. Clinical, chemotherapeutic, and immunological studies on induced malaria. *Br. Med. Bull.* 1951;8(1):51—5.
22. Chernin E. The malaria therapy of neurosyphilis. *J. Parasitol.* 1984;70(5):611—7.
23. Burrows J. N., Chibale K., Wells T. N. C. The state of the art in anti-malarial drug discovery and development. *Curr. Top. Med. Chem.* 2011;11:1226—54.
24. Chopra R. N. Anti-malarial remedies: natural and synthetic. *Calcutta Med. J.* 1938;34:183—93.
25. Кнунянц И. Л., Топчиев К. С., Челинцев Г. В. Строение и синтез новых антималярийных веществ. I. Плазмохин. *Известия Академии наук СССР. VII серия. Отделение математических и естественных наук.* 1934;(1):153—64.
26. Elderfield R. C., Gensler W. J., Head J. D., Hageman H. A., Kremer C. B., Wright J. B., et al. Alkylaminoalkyl derivatives of 8-aminoquinoline. *J. Am. Chem. Soc.* 1946;68(8):1524—9.
27. Mauss H., Mietzsch F. Atebrin, ein neues Heilmittel gegen Malaria. *Klin. Wochenschr.* 1933;12(33):1276—8.
28. Mietzsch F. Entwicklungslinien der Chemotherapie (vom chemischen Standpunkt gesehen). *Klin. Wochenschr.* 1951;29(7—8):125—35.
29. Greenwood D. Conflicts of interest: the genesis of synthetic antimalarial agents in peace and war. *J. Antimicrobial Chem.* 1995;36:857—72.
30. Kodak to Sell Drug Unit for \$1.68 Billion. *Los Angeles Times.* June 24, 1994 (accessed 03.05.2013).
31. Olmos D. German firm to reclaim Bayer aspirin name: drugs: it will acquire Sterling Winthrop's over-the-counter business and recover the rights it lost after WWI. *Los Angeles Times.* September 14, 1994 (accessed 03.05.2013).
32. Кнунянц И. Л., Челинцев Г. В., Беневоленская З. В., Осетрова Е. Д., Курсанова А. И. Строение и синтез новых антималярийных веществ. III. Синтез «Атебрина». *Известия Академии наук СССР. VII серия. Отделение математических и естественных наук.* 1934;(1):165—76.
33. «Акрихин» — гордость второй пятилетки. Очерки по истории предприятия. *Исторический вестник РХТУ.* 2016;48:9—14.
34. Andersag H. Antimalariamittel aus der Gruppenthalogensubstituierter Chinolinverbindungen. *Chem. Ber.* 1948;81:499—507.
35. Wiselogle F. Y. A survey of antimalarial drugs, 1941—1945. Ann Arbor: Edwards, 1946: 987 p.
36. Slater L. B. War and disease: biomedical research on malaria in the twentieth century. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press; 2009.

37. Schlitzer M. Malaria chemotherapeutics. Part I: History of antimalarial drug development, currently used therapeutics, and drugs in clinical development. *Chem. Med. Chem.* 2007;2:944–86.
38. Vale N., Moreira R., Gomes P. Primaquine revisited six decades after its discovery. *Eur. J. Med. Chem.* 2009;44(3):937–53. doi:10.1016/j.ejmech.2008.08.011
39. Ashley E. A., Reicht J., White N. J. Primaquine: the risks and the benefits. *Malar. J.* 2014;13:418.
40. Haston J. C., Hwang J., Tan K. R. Guidance for using tafenoquine for prevention and antirelapse therapy for malaria — United States. *Morbid. Mortal. Weekly Rep.* 2019;68(46):1062–8. doi: 10.15585/mmwr.mm6846a4
41. Hounkpatin A. B., Kreidenweiss A., Held J. Clinical utility of tafenoquine in the prevention of relapse of Plasmodium vivax malaria: a review on the mode of action and emerging trial data. *Infect. Drug Resist.* 2019;12:553–70. doi:10.2147/IDR.S151031
42. Avina-Zubieta J. A., Galindo-Rodriguez G., Newman S., Suarez-Almazor M. E., Russell A. S. Long term effectiveness of antimalarial drugs in rheumatic diseases. *Ann. Rheum. Dis.* 1998;57:582–7. doi: 10.1136/ard.57.10.582
43. Quinacrine sterilization: reports on 40,252 cases. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2003;83Suppl2:S1-S159.
44. An epitome of current medical literature. *Suppl. BMJ.* 1892;47.
45. Funk E., Potter S. L. Potter's therapeutics, materia medica, and pharmacy. Philadelphia: P. Blakiston's Son & Co.; 1917. 733 p.
46. Kikuth W. Zur Frage der Malaria Prophylaxe. *Hoppe Seylers Z. Physiol. Chem.* 1942;274:9–18.
47. Covell G., Nicol W. D. Clinical, chemotherapeutic, and immunological studies on induced malaria. *Br. Med. Bull.* 1951;8(1):51–5.
48. Chernin E. The malaria therapy of neurosyphilis. *J. Parasitol.* 1984;70(5):611–7.
49. Burrows J. N., Chibale K., Wells T. N.C. The state of the art in antimalarial drug discovery and development. *Curr. Top. Med. Chem.* 2011;11:1226–54.
50. Chopra R. N. Anti-malarial remedies: natural and synthetic. *Calcutta Med. J.* 1938;34:183–93.
51. Knunyants I. L., Topchiyev K. S., Chelintsev G. V. The structure and synthesis of new antimalarial substances. I. Plasmokhin. *Izvestiya Akademii nauk SSSR. VII seriya. Otdeleniye matematicheskikh i yestestvennykh nauk.* 1934;(1):153–64 (in Russian).
52. Elderfield R. C., Gensler W. J., Head J. D., Hageman H. A., Kremer C. B., Wright J. B., et al. Alkylaminoalkyl derivatives of 8-aminoquinoline. *J. Am. Chem. Soc.* 1946;68(8):1524–9.
53. Mauss H., Mietzsch F. Atebrin, ein neues Heilmittel gegen Malaria. *Klin. Wochenschr.* 1933;12(33):1276–8.
54. Mietzsch F. Entwicklungslinien der Chemotherapie (vom chemischen Standpunkt gesehen). *Klin. Wochenschr.* 1951;29(7–8):125–35.
55. Greenwood D. Conflicts of interest: the genesis of synthetic antimalarial agents in peace and war. *J. Antimicrobial Chem.* 1995;36:857–72.
56. Kodak to Sell Drug Unit for \$1.68 Billion. *Los Angeles Times.* June 24, 1994 (accessed 03.05.2013).
57. Olmos D. German firm to reclaim Bayer aspirin name: drugs: it will acquire Sterling Winthrop's over-the-counter business and recover the rights it lost after WWI. *Los Angeles Times.* September 14, 1994 (accessed 03.05.2013).
58. Knunyants I. L., Chelintsev G. V., Benevolenskaya Z. V., Osetrova E. D., Kursanova A. I. The structure and synthesis of new antimalarial substances. III. Synthesis of "Atebrina". *Izvestiya Akademii nauk SSSR. VII seriya. Otdeleniye matematicheskikh i yestestvennykh nauk.* 1934;(1):165–76 (in Russian).
59. Akrikhin is the pride of the second five-year plan. Essays on the history of the enterprise. *Istoricheskiy vestnik RKhTU.* 2016;48:9–14 (in Russian).
60. Andersag H. Antimalariamittel aus der Gruppelhalogensubstituiert-er Chinolinverbindungen. *Chem. Ber.* 1948;81:499–507.
61. Wiselogle F. Y. A survey of antimalarial drugs, 1941–1945. Ann Arbor: Edwards, 1946: 987 p.
62. Slater L. B. War and disease: biomedical research on malaria in the twentieth century. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press; 2009.
63. Schlitzer M. Malaria chemotherapeutics. Part I: History of antimalarial drug development, currently used therapeutics, and drugs in clinical development. *Chem. Med. Chem.* 2007;2:944–86.
64. Vale N., Moreira R., Gomes P. Primaquine revisited six decades after its discovery. *Eur. J. Med. Chem.* 2009;44(3):937–53. doi:10.1016/j.ejmech.2008.08.011
65. Ashley E. A., Reicht J., White N. J. Primaquine: the risks and the benefits. *Malar. J.* 2014;13:418.
66. Haston J. C., Hwang J., Tan K. R. Guidance for using tafenoquine for prevention and antirelapse therapy for malaria — United States. *Morbid. Mortal. Weekly Rep.* 2019;68(46):1062–8. doi: 10.15585/mmwr.mm6846a4
67. Hounkpatin A. B., Kreidenweiss A., Held J. Clinical utility of tafenoquine in the prevention of relapse of Plasmodium vivax malaria: a review on the mode of action and emerging trial data. *Infect. Drug Resist.* 2019;12:553–70. doi:10.2147/IDR.S151031
68. Avina-Zubieta J. A., Galindo-Rodriguez G., Newman S., Suarez-Almazor M. E., Russell A. S. Long term effectiveness of antimalarial drugs in rheumatic diseases. *Ann. Rheum. Dis.* 1998;57:582–7. doi: 10.1136/ard.57.10.582
69. Quinacrine sterilization: reports on 40,252 cases. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2003;83Suppl2:S1-S159.

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

© Коллектив авторов, 2020
УДК 342

Михайлов И. В.^{1,2}, Шмелева С. В.³, Халилов М. А.⁴, Бонкало Т. И.⁵, Тузов И. Н.⁶, Лахтин А. Ю.³

МОДЕРНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

- ¹ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты России, 194044, г. Санкт-Петербург;
²ФКУ «Государственное бюро медико-социальной экспертизы по Курской области» Министерства труда и социальной защиты, 305040, г. Курск;
³ФГБОУ ВО «Московский государственный университет технологий и управления имени К. Г. Разумовского», 109004, г. Москва;
⁴ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 367000, г. Махачкала;
⁵ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;
⁶Академия социального управления, 129344, г. Москва

Одна из основных обязанностей государства заключается в соблюдении и защите прав и свобод граждан. Российская Федерация как социальное государство, деятельность которого призвана обеспечить достойную жизнь и высокий уровень социальной защищенности для всех категорий граждан путем регулирования социальной, экономической и иных сфер жизнедеятельности общества, оказывает социальную поддержку всем слоям населения, уделяя повышенное внимание отдельным категориям граждан, которые в силу жизненных обстоятельств или состояния здоровья нуждаются в социальной помощи и особой поддержке со стороны государства. Основной массив в категории социально незащищенных слоев населения составляют люди с ограниченными физическими возможностями здоровья (инвалиды). Всесторонняя поддержка инвалидов осуществляется в том числе на основании решения медико-социальной экспертизы (МСЭ). Однако в период коронавирусной пандемии осложнилось очное освидетельствование инвалидов, единственным возможным механизмом МСЭ стало заочное освидетельствование с использованием технологий телемедицины.

К л ю ч е в ы е с л о в а : *медико-социальная экспертиза; инвалидизированные лица; критерии признания лица инвалидом; телемедицинские технологии; комплексная экспертиза.*

Для цитирования: Михайлов И. В., Шмелева С. В., Халилов М. А., Бонкало Т. И., Тузов И. Н., Лахтин А. Ю. Модернизация социальной защиты в Российской Федерации: проблемы и перспективы телемедицины в практике медико-социальной экспертизы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1123—1130. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1123-1130>

Для корреспонденции: Михайлов Илья Владимирович, канд. мед. наук, докторант кафедры неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации ФГБУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России; начальник отдела реабилитационно-экспертной диагностики ФКУ ГБ МСЭ по Курской области Минтруда России; e-mail: rolawm@yandex.ru

Mikhailov I. V.^{1,2}, Shmeleva S. V.³, Khalilov M. A.⁴, Bonkalo T. I.⁵, Tuzov I. N.⁶, Lakhtin A. Yu.³

MODERNIZATION OF SOCIAL PROTECTION IN THE RUSSIAN FEDERATION: PROBLEMS AND PROSPECTS OF TELEMEDICINE IN THE PRACTICE OF MEDICAL-SOCIAL EXPERTISE

- ¹St. Petersburg Institute of Advanced Training of Doctors-Experts, 194044, Saint-Petersburg, Russian Federation;
²Headquarters of Medical and Social Expertise in the Kursk Region of the Ministry of Labor of Russia, 305040, Kursk, Russian Federation;
³Moscow State University of Technology and Management named after K. G. Razumovsky, 109004, Moscow, Russian Federation;
⁴Dagestan State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 367000, Makhachkala, Russian Federation;
⁵State Budgetary Institution "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", 115088, Moscow, Russian Federation;
⁶Academy of Social Management, 129344, Moscow, Russian Federation

One of the main duties of the Russian Federation is to respect and protect the rights and freedoms of its citizens. In addition, the Russian Federation as a social state the activities of which are designed to provide a decent life and a high level of social protection for all categories of the citizens, without exception, by regulating social, economic and other spheres of society provides social support to all segments of the population, paying special attention to certain categories of citizens which, due to life circumstances or health conditions, need social assistance and special support from the state. The main mass in the category of socially unprotected layers of the population are people with physical disabilities. Comprehensive support for the above category of citizens is carried out, among other things, based on the decision of the medical and social examination. However, the current situation has greatly complicated the on-site examination of disabled people and predetermined the correspondence order as the only possible mechanism for medical and social examination during the coronavirus pandemic. Thus, in fact, conditions close to emergency sent medical and social expertise to the path of telemedicine.

К e y w o r d s : *medical and social examination; disabled people; criteria for recognizing a person as a disabled person; telemedicine technologies; comprehensive examination.*

For citation: Mikhailov I. V., Shmeleva S. V., Khalilov M. A., Bonkalo T. I., Tuzov I. N., Lakhtin A. Yu. Modernization of social protection in the Russian Federation: problems and prospects of telemedicine in the practice of medical and social expertise. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(Special Issue):1123—1130 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1123-1130>

For correspondence: Ilya Vladimirovich Mikhailov, Head of the Department of Expert and Rehabilitation Diagnostics, Federal State Institution «Headquarters of Medical and Social Expertise in the Kursk Region» of the Ministry of Labor of Russia, Kursk, Russia, e-mail: RolawM@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Элементом многогранной системы социальной защиты населения в Российской Федерации является медико-социальная экспертиза (МСЭ). Так, п. 7 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» дает определение сути МСЭ, основ ее реализации на практике:

1) МСЭ — признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма;

2) МСЭ осуществляется, исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

Деятельность учреждений МСЭ основывается на ряде фундаментальных правовых противоречий, к базисным из которых можно отнести следующие:

- МСЭ является видом медицинской деятельности, однако находится вне юрисдикции Министерства здравоохранения РФ, подчиняясь другому ведомству — Министерству труда и социального развития РФ;
- бюро МСЭ находится вне поля влияния органов исполнительной власти субъекта РФ, являясь федеральным учреждением, осуществляющим работу с гражданами в данном субъекте РФ;
- МСЭ не является бенефициаром системы страховой медицины (как обязательного, так и добровольного медицинского страхования).

Указанные противоречия, как правило, являются основой критики в отношении деятельности системы МСЭ. Критикуются доступность МСЭ [1], ее качество [2], коррупционные случаи среди работников МСЭ, сопряженные с понятиями «превышение должностных полномочий», «подлог», «взяточничество», «вымогательство» [3,4].

Цель исследования заключается в анализе существующей системы МСЭ и определения возможности внедрения технологий телемедицины в практику МСЭ.

Материалы и методы

Объектом исследования выступает система МСЭ России.

В настоящее время МСЭ представляет собой вертикально ориентированную линейную систему ре-

ализации контроля и обжалования решений, принимаемых при проведении МСЭ, в основе которой лежит Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом».

Согласно установленному порядку, при несогласии с решением первичного бюро происходит обжалование решения в экспертном составе — юридически ином структурном подразделении этого же учреждения. При несогласии с решением экспертного состава обжалование рассматривается в Федеральном бюро МСЭ, причем, по имеющимся данным, в подавляющем большинстве случаев — заочно, без личного присутствия освидетельствуемого лица, путем изучения представленных медицинских документов [5].

Федеральное бюро МСЭ обладает, среди прочего, двумя примечательными полномочиями:

1) оценивает качество предоставления государственной услуги по проведению МСЭ и проводит при осуществлении контроля за решениями главных бюро повторную МСЭ граждан, прошедших МСЭ в экспертных составах главных бюро, и при наличии достаточных оснований изменяет либо отменяет решения экспертных составов главных бюро;

2) рассматривает жалобы граждан на действия (бездействие) главных бюро, их должностных лиц и в случае признания их обоснованными принимает меры по устранению выявленных недостатков.

Закон позволяет обжаловать принятое экспертное решение не только в рамках вышеописанной процедуры внесудебного процесса, но и в суде, при несогласии с вынесенным решением, на любом из этапов.

Как показывает практика, судами при принятии решения указанная выше система не подвергается коррекции — при несогласии с решением первичного бюро МСЭ по решению суда проводится в экспертном составе, при несогласии с решением экспертного бюро — в Федеральном бюро.

Между тем, при несогласии с решением Федерального бюро МСЭ по решению суда экспертиза назначается в Главном бюро субъекта РФ, в котором МСЭ в рамках данного экспертного дела не проводилась. Следовательно, с учетом вышеуказанных полномочий Федерального бюро формируется прецедент, при котором решение учреждения, осуществляющего трактовку законодательных актов и одновременно осуществляющего функцию контроля, может быть отменено на основании заключения контролируемой организации.

Таким образом, данная ситуация попадает под определение организационного конфликта интересов, что, однако, не принимается во внимание судами при вынесении решения.

Законом предусматривается процедура проведения МСЭ заочно, более того Постановление Прави-

тельства РФ от 09.04.2020г № 467 «Временный порядок признания лица инвалидом» определило заочный порядок как единственный возможный механизм МСЭ в период коронавирусной пандемии, исключая очное освидетельствование. По сути, условия, приближенные к чрезвычайным, направили МСЭ на путь телемедицины (использования в профессиональной медицинской деятельности возможностей компьютеризированных и телекоммуникационных технологий для сбора и обмена информацией о медицинском статусе отдельных лиц).

Следует отметить, что скорость развития телемедицинских технологий и логистических процессов опережает скорость развития нормативно-правовой базы, лежащей в основе законодательного регулирования указанных процессов, во всем мире. Ежегодное кратное увеличение возможностей телемедицины ставит перед организаторами здравоохранения и юридическим сообществом колоссальную по сложности задачу выбора верного направления алгоритма использования телемедицинских технологий для решения проблем и оптимизации медицинской деятельности. Ошибочно выбранный, недостаточно продуманный путь может привести к масштабной дезорганизации работы системы медицинской деятельности в масштабе страны в среднесрочной и отдаленной перспективе. Использование телемедицины в рамках исключительно заочного порядка освидетельствования при проведении МСЭ по окончании чрезвычайных условий может быть отнесено к такому пути.

Необходимо учитывать, что само понятие МСЭ предполагает комплексный многофакторный анализ состояния здоровья освидетельствуемого лица на момент проведения экспертизы, т. е. центральной фигурой работы является гражданин, его состояние здоровья, клинично-функциональные, социально-бытовые, профессионально-трудовые, психологические нарушения [6, 7]. Внедренная Постановлением Правительства РФ от 09.04.2020 г. № 467 модель телемедицины центральным звеном определяет работу с документами, бумагами. Для врача-эксперта становится недоступен человек. Происходит незамеченная на первый взгляд, но фундаментальная по смыслу ротация понятий — МСЭ становится деятельностью исключительно бюрократической, которую лишь отдаленно можно назвать медицинской экспертизой, что в среднесрочной перспективе приведет к уничтожению самой системы МСЭ.

Однако вызванная чрезвычайной ситуацией практика показала, что по своей сути принципы телемедицины могут быть применены к деятельности системы МСЭ. Представляется перспективным использование телемедицины для ликвидации проблемных аспектов в работе МСЭ с учетом имеющихся технических возможностей [8].

Результаты исследования

Требуется принятие отдельных нормативных актов — федеральных законов «Об использовании те-

лемедицины при оказании государственной услуги медико-социальной экспертизы» и «О межведомственном взаимодействии Минтруда РФ и Минздрава РФ с использованием телемедицинских технологий», затрагивающих ряд основополагающих доктрин логистики и управления данными [9, 10].

Нам представляется целесообразным рассматривать как опорные точки телемедицинской сети в отношении лиц, нуждающихся в социальной защите государства, Главные бюро МСЭ по субъектам РФ. Именно на эти учреждения возложена миссия по реализации указанных мер в каждом конкретном субъекте, именно в них происходит подавляющая часть работы по проведению МСЭ [11, 12].

Исходя из этого представляется целесообразным группирование субъектов телемедицины на три основных блока: внутренние, внешние и иные субъекты. Внутри каждого субъекта следует выделить заявителя и исполнителя.

Заявитель, который по результату реализации вопроса становится потребителем, формулирует проблему-запрос к исполнителю, получая от него исчерпывающий массив информации в рамках сформулированной проблемы-запроса.

Исполнитель — это должностное лицо и (или) определенный законом круг лиц, к компетенции которого относится формирование информационного пакета, который при получении заявителем позволяет разрешить поставленную проблему в полном или максимально полном объеме.

К внутренним субъектам целесообразно отнести объекты, являющиеся структурными подразделениями одного юридического лица — Главного бюро по МСЭ по субъекту РФ.

Таким образом, можно определить следующие три направления взаимодействия:

1. Заявитель — первичное бюро, исполнитель — экспертный состав. Пример взаимодействия — консультация в рамках экспертного дела, в том числе в режиме удаленного онлайн-осмотра обследуемого экспертным составом в помещениях первичного бюро.

Преимущества:

- оперативность вынесения экспертного решения;
- оперативность и высокое качество при разработке программы дополнительного обследования при потребности;
- отсутствие необходимости посещения обследуемым экспертного состава лично, в том числе при проживании в отдаленных районах данного субъекта РФ.

2. Заявитель — экспертный состав, исполнитель — первичное бюро. Пример взаимодействия — проведение удаленного онлайн-осмотра освидетельствуемого, изучение сопутствующей медицинской документации, ознакомление с результатами проведения МСЭ в рамках контроля экспертным составом обоснованности принятия решения при проведении МСЭ.

Преимущества:

- высокое качество функции контроля экспертного состава;
- отсутствие необходимости отдельного вызова в экспертный состав освидетельствуемого;
- снижение коррупционной составляющей при проведении рандомных по времени и срокам онлайн-осмотров;
- в особо сложных клинических и клинико-экспертных случаях возможность очного динамического наблюдения освидетельствуемого экспертным составом.

3. Заявитель — первичное бюро или экспертный состав, исполнитель — подразделение инструментальной диагностики. Возможность взаимодействия — онлайн, оффлайн. Пример взаимодействия — инструментальная конкретизация степени выраженности функциональных нарушений, визуализация выполнения проб и методик исследования, в отдельных случаях, при наличии — аудиовизуальная констатация степени выраженности установочного поведения, аггравации, симуляции и вклада их в объективный статус освидетельствуемого.

К внешним субъектам предлагается отнести объекты телемедицины в системе МСЭ, практического здравоохранения, реабилитации и абилитации. Фактический механизм взаимодействия — межучрежденческий, в том числе межведомственный.

Следует определить пять основных направлений взаимодействия.

1. Заявитель — Главное бюро МСЭ по субъекту РФ, исполнитель — Федеральное бюро МСЭ. Примеры взаимодействия — предоставление Главным бюро МСЭ по субъекту РФ площадки для онлайн-осмотра освидетельствуемого в рамках обжалования в Федеральном бюро МСЭ результатов МСЭ в Главном бюро МСЭ данного субъекта РФ, при заявленном желании на подобный формат экспертизы со стороны освидетельствуемого; оффлайн- или онлайн-консультация Федеральным бюро МСЭ по результатам передачи экспертного дела и аудиовизуальных материалов, полученных при проведении МСЭ, в том числе — процесса и результата специальной инструментальной диагностики освидетельствуемого лица в особо сложных экспертных случаях.

Преимущества:

- новый уровень качества МСЭ, ее доступности, в первую очередь для жителей отдаленных субъектов РФ;
- повышение доли внесудебных процессов урегулирования конфликтных и спорных случаев.

2. Заявитель — Федеральное бюро МСЭ, исполнитель — Главное бюро МСЭ по субъекту РФ. Пример взаимодействия — реализация контрольных мероприятий; выборочная проверка процедуры и результатов МСЭ в отношении Главных бюро МСЭ отдельных субъектов РФ; выборочная проверка процедуры и результатов МСЭ в отношении освидетельствуемых с определенным перечнем заболеваний и (или) функциональных нарушений; разбор случаев

жалобы на действия (бездействия) и (или) нарушения этики должностных лиц, в отношении которых Федеральное бюро МСЭ законом уполномочено выполнять подобную процедуру.

Преимущества:

- новый уровень качества МСЭ;
- оперативная и качественная законотворческая работа по исправлению действующего законодательства в отношении отдельных нозологий, функциональных нарушений, требующих подобной работы;
- оперативное выявление перспективных направлений в разработке технических средств реабилитации, комплексных мерах медицинской реабилитации и абилитации;
- оперативная клинико-экспертная, социальная, экономическая оценка эффективности использования отдельных видов реабилитации в разных субъектах РФ;
- разработка предложений по модернизации реабилитационной индустрии на основании комплексной ее оценки с учетом недостатков, выявленных потребителем.

3. Заявитель — Главное бюро МСЭ по субъекту РФ, исполнитель — научные, научно-исследовательские, научно-педагогические учреждения системы МСЭ, внутриведомственные учреждения протезно-ортопедического профиля. Пример взаимодействия: персонифицированный запрос-консультация о возможности, объеме и очередности проведения мероприятий медицинской реабилитации, протезирования и ортезирования.

Преимущества:

- новый уровень доступности и качества медицинской реабилитации и абилитации населения, протезирования и ортезирования;
- возможность получения конкретного персонифицированного консультативного заключения об очередности и объеме мер реабилитации и абилитации, в том числе медицинской реабилитации ведущих профильных учреждений страны.

4. Заявитель — научные, научно-исследовательские, научно-педагогические учреждения системы МСЭ, исполнитель — Главное бюро МСЭ по субъекту РФ. Пример взаимодействия: формирование практической базы данных на основе полученной аудиовизуальной информации для педагогического процесса, развития МСЭ как научной специальности, выявления перспективных направлений проведения научно-прикладных работ, в том числе в зависимости от географических и экологических условий проживания населения.

Преимущества:

- новая модель педагогического процесса;
- развитие МСЭ как научного направления; возрождение реабилитационной отрасли как государственного производства внутри страны, и при этом независимость государства от внешнеполитической конъюнктуры в поставке реа-

билитационных технологий и изделий населения;

- работа реабилитационной отрасли на опережение, причем исходя не из трендов общемирового значения, а отталкиваясь от конкретных, научно обоснованных перспективных потребностей населения своей страны.

5. Заявитель — Главное бюро по МСЭ субъекта РФ, исполнитель — учреждения практического здравоохранения субъекта РФ уровня первичного звена. Пример взаимодействия — получение динамических данных о проведенных реабилитационных или абилитационных мероприятиях, оценка их эффективности; получение данных объективных методов исследования о состоянии функциональных нарушений в онлайн-режиме проведения исследования, в том числе в динамике; оценка статуса при госпитализации инвалидизированного лица и по результатам стационарного лечения; возможность в результате динамического наблюдения ходатайства о проведении внешней консультации отдельных специалистов.

Преимущества:

- повышение качества лечебных, реабилитационных мероприятий в отношении инвалидизированного лица;
- повышение качества оценки состояния освидетельствуемого при проведении МСЭ в рамках очередного освидетельствования;
- возможность формирования персонифицированной базы данных, позволяющей при очередном освидетельствовании на качественно ином уровне объективно принимать экспертное решение;
- значительное снижение количества спорных случаев между системой МСЭ и практическим здравоохранением;
- снижение случаев дефектуры, возврата посыльных листов, дообследований в практическом здравоохранении.

6. Заявитель — учреждения практического здравоохранения субъекта РФ уровня первичного звена, исполнитель — Главное бюро по МСЭ субъекта РФ. Пример взаимодействия: онлайн-осмотр на дому с целью установления группы инвалидности и (или) разработки (коррекции) индивидуальной программы реабилитации и абилитации освидетельствуемого, проживающего удаленно и не имеющего возможности, ввиду тяжести состояния или социально-экономических причин, посетить первичное бюро МСЭ или экспертный состав бюро.

Преимущества:

- значительное повышение доступности и качества МСЭ для лиц, проживающих в удаленных и (или) труднодоступных районах;
- оперативность вынесения экспертного решения;
- снижение финансовой нагрузки на учреждение МСЭ (транспортные услуги);
- новый уровень оптимизации времени, затрачиваемого сотрудниками МСЭ на проведение экспертизы,

- минимизация финансовых затрат освидетельствуемого на транспортные услуги.

7. Заявитель — Главное бюро МСЭ по субъекту РФ, исполнитель — учреждения практического здравоохранения субъекта РФ областного (республиканского) уровня. Пример взаимодействия: онлайн- или офлайн-консультация узкими специалистами с целью уточнения реабилитационного и клинического прогнозов, трактовки имеющихся результатов объективных методов исследования, конкретизация диагноза в случае его расхождения в рамках динамического наблюдения в учреждении практического здравоохранения субъекта РФ уровня первичного звена.

Преимущества:

- повышение качества МСЭ;
- уменьшение количества разрабатываемых программ дополнительного обследования, повышение оперативности при принятии экспертного решения;
- высокая объективизация решений о качестве и объеме проведенных диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий;
- повышение качества принятия решения при наличии у освидетельствуемого факта временной нетрудоспособности на момент проведения МСЭ.

8. Заявитель — Главное бюро МСЭ по субъекту РФ, исполнитель — профильные учреждения практического здравоохранения федерального уровня. Пример взаимодействия — онлайн- или офлайн-консультация в сложных и особо сложных клинико-экспертных случаях специалистами с целью уточнения реабилитационного и клинического прогнозов, определения лечебной, реабилитационной и абилитационной тактики и перспектив, трактовки имеющихся результатов объективных методов исследования, конкретизация диагноза в случае его расхождения в учреждении практического здравоохранения субъекта РФ уровня первичного звена и областного (республиканского) уровня.

Преимущества:

- повышение качества МСЭ;
- повышение доступности медицинской помощи, уменьшение количества разрабатываемых программ дополнительного обследования, повышение оперативности при принятии экспертного решения;
- высокая объективизация решений о качестве и объеме проведенных диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

9. Заявитель — Главное бюро МСЭ по субъекту РФ, исполнитель — учреждения, реализующие мероприятия в рамках медицинской, медико-социальной, социальной, социально-педагогической реабилитации и абилитации. Пример взаимодействия — онлайн- или офлайн-консультация при разработке (коррекции) индивидуальной программы реабилитации и абилитации освидетельствуемого.

Преимущества:

- повышение качества и персонифицированности мер реабилитации и абилитации, потенци-

альное сокращение сроков интеграции инвалидизированного лица в социум.

К иным субъектам предлагается отнести возможности телемедицины, не относящиеся к внутренним и внешним субъектам, возникшие и существующие лишь при исключительном использовании телемедицинских технологий в МСЭ, исполнителем которых является только Главное бюро МСЭ по субъекту РФ как опорная точка телемедицинской сети.

Два перспективных направления следует выделить особо:

1. Заявитель — физическое, должностное или юридическое лицо, в отношении которого законом сформировано право на обладание персональными данными и информации, составляющей медицинскую тайну, полученных при проведении и по результатам МСЭ, в том числе при реализации данным лицом профессиональной (служебной) деятельности. Пример — получение материалов МСЭ, в том числе содержащих аудиовизуальный материал, сотрудниками прокуратуры, суда в рамках гражданского или уголовного производства. Преимущество направления — повышение объективности при вынесении решения, сокращение сроков производства.

2. Заявитель — физическое лицо, в отношении которого проводится МСЭ, заявляющее о проведении комиссионной МСЭ. Указанная модель предполагает исключительно онлайн-осмотр освидетельствуемого лица в рамках проведения МСЭ по обжалованию решения первичного бюро или экспертного состава МСЭ на базе и с включением в состав комиссии одного экспертного состава Главного бюро МСЭ по субъекту обращения освидетельствуемого, по одному экспертному составу двух Главных бюро МСЭ по иным субъектам РФ, по одному представителю двух государственных научных, научно-исследовательских или научно-педагогических учреждений, выполняющих деятельность в области МСЭ.

Право выбора конкретных Главных бюро МСЭ в иных субъектах РФ и указанных научных, научно-исследовательских или научно-педагогических учреждений должно быть оставлено за лицом, оспаривающим результат МСЭ, с учетом загруженности этих учреждений и совпадении графиков работы с Главным бюро МСЭ, где территориально проводится МСЭ освидетельствуемого.

Право на инициирование подобной процедуры должно быть сформировано у освидетельствуемого по результатам освидетельствования в первичном бюро либо в экспертном составе.

Результатом комиссионной экспертизы должно стать аргументированное мнение от каждого субъекта, участвующего в его проведении: об отмене решения или оставлении обжалуемого решения в силе; в случае отмены решения — о полной или частичной отмене; в случае частичной отмены — в какой части: установлении (неустановлении) группы инвалидности (категории «ребенок-инвалид»), разработке индивидуальной программы реабилитации и абилита-

ции, проценте утраты трудоспособности при профессиональном заболевании или травме на производстве и т. д.; итоговое мнение по данному экспертному делу.

Данная информация подлежит переводу в оговариваемой законом срок от каждого участника МСЭ посредством электронного документооборота в адрес Главного бюро МСЭ по субъекту обращения освидетельствуемого и формирует в конечном счете одно мнение (голос).

Вынесение решения производится Главным бюро МСЭ, в котором было инициировано проведение комиссионной МСЭ, на основании мнения, к которому пришло простое большинство участников.

В случае несогласия освидетельствуемого с результатами комиссионной межрегиональной МСЭ вынесенное решение может быть оспорено в судебном порядке.

В таком случае судом по своему усмотрению производится выбор конкретных Главных бюро МСЭ в иных субъектах РФ, иных научных, научно-исследовательских или научно-педагогических учреждений и назначается проведение комиссионной межрегиональной МСЭ по решению суда.

Следует учитывать, что результат процедуры комиссионной МСЭ не должен иметь никакой процедуры обжалования вынесенного решения, кроме судебной.

Указанная модель имеет сомнительную эффективность (ввиду организационного конфликта интересов) при несогласии с решением Федерального бюро.

Преимущества данного направления:

- альтернативная модель МСЭ, представляющая собой новую социально-демократическую, а не существующую структурно-иерархическую ветвь;
- привлечение к проведению процедуры МСЭ юридических и физических лиц, имеющих определенное законом право на проведение работ в области МСЭ, обладающих в этой отрасли профессиональным объемом знаний и компетенций;
- отсутствие конфликта интересов при реализации деятельности;
- отсутствие возможности коррупционных и иных противоправных (вымогательство, шантаж) действий со стороны участников процесса;
- учитывается возможность как внесудебного, так и судебного урегулирования разногласий;
- лицо, оспаривающее решение, не несет дополнительных финансовых издержек (транспортные услуги, услуги проживания) при отстаивании своих законных прав;
- сам экспертный случай подвергается максимально полному многостороннему анализу с учетом как экспертной практики разных субъектов РФ, так и мнения профессионального научного сообщества.

Обсуждение

Внедрение телемедицинских технологий открывает новые возможности организации процесса МСЭ, в том числе значительно снижающие риски коррупции, конфликта интересов, социальной напряженности, и позволяет сформулировать новое понятие — комиссия межрегиональная МСЭ.

Заключение

1. В условиях текущего вектора развития страны, концентрации государственного управления в рамках формирования высокого уровня социальной справедливости и социальной модели общества неизбежна реформа систем здравоохранения, МСЭ, реабилитации и абилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. В проведении реформирования следует учитывать, что эффективность конечного результата базируется на сочетанной и согласованной работе этих систем; проведение каких-либо реформ по одной из систем, без учета действия и взаимодействия других, приведет к окончательному разрушению всех трех вышеуказанных систем, лавинообразному росту социальной напряженности в стране.

2. Возможности телемедицины позволяют аффилировать системы здравоохранения, МСЭ, реабилитации и абилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, повысить их доступность и качество, оперативность предоставления помощи, в том числе для жителей удаленных районов страны и маломобильных граждан.

3. Одна из предложенных моделей управления возможностями телемедицины — комиссия межрегиональная МСЭ может быть рассмотрена как аналог остросоциальной, обсуждаемой на протяжении последних 10 лет темы независимой МСЭ. Внедрение предлагаемой модели не требует кардинального реформирования системы МСЭ, не предполагает вычленение государственного института при проведении МСЭ, учитывает потребности общества, значительно сокращает коррупционные риски.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Яковлева К. А. Упрощение процедуры прохождения медико-социальной экспертизы по установлению инвалидности, как одно из направлений повышения эффективности государственной политики по поддержке граждан с ограниченными возможностями здоровья. *Colloquium-journal*. 2019;(12—6):18—21.
2. Быковская Т. Ю., Меметов С. С., Шаркунов Н. П. Уровень профессиональной подготовки врачей медицинских организаций как критерий качества экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2018;(3):54—9.
3. Гайнуллина Г. Н., Хасанова Г. Б. Коррупция в системе медико-социальной экспертизы. В сб.: *Практика противодействия коррупции: проблемы и достижения. Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием*. Казань; 2019. С. 52—5.

4. Лопатникова К. С. Противодействие коррупции на объектовом уровне (на примере государственных учреждений медико-социальной экспертизы). В сб.: *Современные подходы к противодействию коррупции: тренды и перспективы*. М.; 2019. С. 169—71.
5. Ивлева Н. А., Шукин Н. Н., Хмелевская О. Г. Анализ результатов освидетельствования граждан, обжаловавших решения Бюро медико-социальной экспертизы. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2012;(3):84—5.
6. Михайлова Е. Н., Михайлов И. В., Разиньков Д. В., Халилов М. А. Медико-социальная экспертиза: современные аспекты правового регулирования. *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. 2014;(1):195.
7. Коробов М. В., Помников В. Г., Пенина Г. О., Владимиров О. Н. Направление государственной политики Российской Федерации в сфере социальной защиты инвалидов. *Здоровье человека на Севере*. 2016;9(2):29—32.
8. Снимщикова И. А., Михайлов И. В., Михайлова Е. Н., Снимщикова А. Д., Халилов М. А. Информационные технологии как путь к повышению качества и доступности медицинских услуг и реабилитационных мероприятий. *Вестник новых медицинских технологий*. 2016;23(3):168—73.
9. Помников В. Г., Сенькина А. Г., Крицкая Л. А., Прохоров А. А., Делокян Г. А. Актуальность межведомственного взаимодействия при реабилитации больных трудоспособного возраста с рассеянным склерозом. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2019;119(5—2):69.
10. Помников В. Г., Крицкая Л. А., Прохоров А. А., Делокян Г. А., Сенькина А. Г. Необходимость межведомственного взаимодействия при реабилитации больных рассеянным склерозом. *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2018;(S3):149—50.
11. Михайлов И. В., Помников В. Г., Разиньков Д. В., Снимщикова И. А., Михайлова Е. Н., Кириченко Ю. Н., и др. Практические аспекты экспертно-реабилитационной диагностики при проведении медико-социальной экспертизы у лиц с нарушением сенсорных функций (слуха). *Вестник новых медицинских технологий*. 2016;23(4):128—35.
12. Михайлов И. В., Помников В. Г., Халилов М. А., Снимщикова И. А., Михайлова Е. Н. Методология исследования вертикальной позной устойчивости с использованием специального диагностического оборудования для верификации функциональных нарушений в практике медико-социальной экспертизы. *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. 2018;(6):97—104.

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Yakovleva K. A. Simplification of the procedure for passing a medical and social examination to establish disability, as one of the directions for increasing the effectiveness of state policy to support citizens with disabilities. *Colloquium-journal*. 2019;(12—6):18—21 (in Russian).
2. Bykovskaya T. Yu., Memetov S. S., Sharkunov N. P. The level of professional training of doctors of medical organizations as a criterion for the quality of examination of temporary disability and medical and social examination. *Vestnik Vserossiyskogo obshchestva spetsialistov po mediko-sotsial'noy ekspertize, reabilitatsii i reabilitatsionnoy industrii*. 2018;(3):54—9 (in Russian).
3. Gaynullina G. N., Khasanova G. B. Corruption in the system of medical and social expertise. In: *Practice of combating corruption: problems and achievements. Materials of the IX All-Russian Scientific and Practical Conference with International Participation [Praktika protivodeystviya korruptsii: problem i dostizheniya. Materialy IX Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem]*. Kazan; 2019. P. 52—5 (in Russian).
4. Lopatnikova K. S. Anticorruption at the object level (on the example of state institutions of medical and social expertise). In: *Modern approaches to combating corruption: trends and prospects [Sovremennyye podkhody k protivodeystviyu korruptsii: trendy i perspektivy]*. Moscow; 2019. P. 169—71 (in Russian).
5. Ivleva N. A., Shchukin N. N., Khmelevskaya O. G. Analysis of the results of the examination of citizens who appealed the decisions of the Bureau of Medical and Social Expertise. *Vestnik Vserossiyskogo obshchestva spetsialistov po mediko-sotsial'noy ekspertize, reabilitatsii i reabilitatsionnoy industrii*. 2012;(3):84—5 (in Russian).

6. Mikhaylova E. N., Mikhaylov I. V., Razin'kov D. V., Khalilov M. A. Medical and social expertise: modern aspects of legal regulation. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. Elektronnoye izdaniye.* 2014;(1):195 (in Russian).
7. Korobov M. V., Pomnikov V. G., Penina G. O., Vladimirova O. N. Direction of the state policy of the Russian Federation in the field of social protection of disabled people. *Zdorov'ye cheloveka na Severe.* 2016;9(2):29—32 (in Russian).
8. Snimshchikova I. A., Mikhaylov I. V., Mikhaylova E. N., Snimshchikova A. D., Khalilov M. A. Information technologies as a way to improve the quality and availability of medical services and rehabilitation measures. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy.* 2016;23(3):168—73 (in Russian).
9. Pomnikov V. G., Sen'kina A. G., Kritskaya L. A., Prokhorov A. A., Delokyan G. A. Relevance of interagency interaction in the rehabilitation of patients of working age with multiple sclerosis. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova.* 2019;119(5—2):69 (in Russian).
10. Pomnikov V. G., Kritskaya L. A., Prokhorov A. A., Delokyan G. A., Sen'kina A. G. The need for interagency cooperation in the rehabilitation of patients with multiple sclerosis. *Vestnik Rossiyskoy voyenno-meditsinskoy akademii.* 2018;(S3):149—50 (in Russian).
11. Mikhaylov I. V., Pomnikov V. G., Razin'kov D. V., Snimshchikova I. A., Mikhaylova E. N., Kirichenko Yu. N., et al. Practical aspects of expert-rehabilitation diagnostics during medical-social expertise in persons with impaired sensory functions (hearing). *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy.* 2016;23(4):128—35 (in Russian).
12. Mikhaylov I. V., Pomnikov V. G., Khalilov M. A., Snimshchikova I. A., Mikhaylova E. N. Methodology for the study of vertical postural stability using special diagnostic equipment for verifying functional disorders in the practice of medical and social examination. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. Elektronnoye izdaniye.* 2018;(6):97—104 (in Russian).

Котовская С. В.¹, Бонкало Т. И.², Бонкало С. В.³

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВЕРОЯТНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У СПЕЦИАЛИСТОВ ЭКСТРЕМАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ (НА ПРИМЕРЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО УТИЛИЗАЦИИ РАДИОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ)

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный гуманитарно-экономический университет», 107150, г. Москва;

²ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;

³НОУ ВО «Московский социально-педагогический институт», 105082, г. Москва

Цель исследования — разработка прогностической модели вероятности возникновения психосоматических нарушений у специалистов по утилизации радиоактивных веществ. Прогностическая модель разработана в целях профилактики профессиональных заболеваний и сохранения психического здоровья специалистов.

Разработка модели осуществлялась на основе результатов эмпирического исследования, ориентированного на выявление биопсихосоциальных факторов, детерминирующих и, напротив, блокирующих развитие жизнеспособности у специалистов, понимаемой как способность управлять внутренними ресурсами своей личности в стрессогенных ситуациях служебно-трудовой деятельности, обеспечивая тем самым свое профессиональное здоровье. Было обследовано 179 специалистов по утилизации радиоактивных веществ. Исследование осуществлялось с помощью комплекса специально отобранных методик: шкалы «Психосоматические нарушения» В. В. Бойко, методики исследования психофизиологического статуса (данные волновой активности головного мозга (ЭЭГ); простой и сложной зрительной моторной реакции (цветовой тест М. Люшера), индивидуально-психологических особенностей (методика цветковых метафор И. Л. Соломина; диагностики скрытой мотивации, опросник Мини-Мульт, методика «Доминирующий тип межличностных отношений») и социальной ситуации жизнедеятельности (авторская анкета).

Эмпирическое исследование позволило выявить 32 характеристики респондентов, достоверно взаимосвязанные с показателями степени выраженности у них психосоматических нарушений. Результаты дальнейшей статистической обработки данных, осуществляемой с помощью логистического регрессионного анализа и последующего метода пошагового исключения независимых переменных, в качестве которых выступали выявленные 32 характеристики, легли в основу разработки прогностической модели вероятности возникновения у специалистов по утилизации радиоактивных веществ психосоматических нарушений, базирующейся на субъективной оценке ими уровня жизни, наличии недоверчиво-скептического типа в межличностных отношениях и проявлении черт паранойальности.

Ключевые слова: способ прогнозирования; психосоматические нарушения; специалисты по утилизации радиоактивных веществ; эмоциональное выгорание; стресс; регрессионный анализ.

Для цитирования: Котовская С. В., Бонкало Т. И., Бонкало С. В. Прогностическая модель вероятности возникновения психосоматических нарушений у специалистов экстремального профиля (на примере специалистов по утилизации радиоактивных веществ). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1131—1136. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1131-1136>

Для корреспонденции: Бонкало Татьяна Ивановна, доктор психологических наук, начальник отдела ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ», e-mail: Bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru

Kotovskaya S. V.¹, Boncalo T. I.², Bonkalo S. V.³

PREDICTIVE MODEL OF THE PROBABLE CONTRACTION OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS AMONG THE EXTREME PROFILE SPECIALISTS, A CASE STUDY OF SPECIALISTS IN UTILIZATION OF RADIOACTIVE SUBSTANCES

¹Moscow State University for the Humanities and Economics, 107150, Moscow, Russian Federation;

²State Budgetary Institution "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", 115088, Moscow, Russian Federation;

³Moscow Social Pedagogical Institute, 105082, Moscow, Russian Federation

The aim of the study is to develop a predictive model of the probable contraction of psychosomatic disorders among specialists in the utilization of radioactive substances. The predictive model was developed in order to prevent occupational diseases and preserve the mental health of specialists.

The development of the model was carried out on the basis of the results of empirical research focused on identifying biopsychosocial factors that determine or, on the contrary, block the development of vitality in specialists. The vitality is here understood by us as the ability to manage the internal personal resources in the professional situations of personal stress, thereby ensuring one's professional health. 179 specialists in the utilization of radioactive substances were examined. The study was carried out using a set of specially selected techniques: Scale «Psychosomatic disorders» by V. V. Boyko, methods for studying psychophysiological status (data on the brain wave activity (EEG); assessment of the functional state of the nervous system based on a simple and complex visual motor reaction; the color test by M. Luscher), individual psychological characteristics (the method of colour metaphors by I. L. Solomin, diagnostics of latent motivation, the Mini-Mult questionnaire, «The dominant type of interpersonal relations» methodology) and social situation of life (the questionnaire by the authors).

As a result of the study, there were identified 32 features that have a statistically significant relationship with indicators of psychosomatic disorders ($p < 0.001$). The identified features were included in multiple logistic regression analysis as independent variables. As a result of further processing of the empirical data, carried out with the help of the method of step-by-step exclusion of variables, a predictive model of the likelihood of psychosomatic disorders in radioactive waste utilization specialists was constructed, which was based on a subjective assessment of the living standards, the presence of a distrustful-skeptical type in interpersonal relationships and manifestations of paranoia.

Keywords: forecasting method; psychosomatic disorders; specialists in the utilization of radioactive substances; burn-out; stress; regression analysis.

For citation: Kotovskaya S. V., Bonkalo T. I., Bonkalo S. V. Predictive model of a probable contraction of psychosomatic disorders among the extreme profile specialists (a case study of specialists in the utilization of radioactive substances). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1131—1136 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1131-1136>

For correspondence: Bonkalo Tatyana Ivanovna, Doctor of Psychology, Head of the Department of Research Institute of Health Organization and Medical Management, e-mail: Bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020

Accepted 29.07.2020

Введение

Особенности профессиональной деятельности специалистов по утилизации радиоактивных веществ заключаются в наличии определенных рисков, касающихся, прежде всего, безопасности их жизнедеятельности. Угроза здоровью становится основным источником возникновения и развития у специалистов стрессовых состояний, воздействующих на их психическое здоровье.

Проблема сохранения психического здоровья в процессе профессиональной деятельности человека интересует исследователей многих отраслей наук — биологических, медицинских, социальных и психологических.

С момента появления концепции стресса Г. Селье ученые пытаются определить ту реперную точку использования ресурсов, когда человек может длительное время сохранять высокую интенсивность и эффективность работы без ущерба ее качеству, не аккумулируя усталость и не формируя психосоматические нарушения [1]. В настоящее время актуальным и одновременно сложным становится вопрос не столько сохранения психического здоровья в процессе служебно-трудовой деятельности, адаптированности личности и формирования у нее стрессоустойчивости, сколько развития способности субъекта труда эффективно управлять своими внутренними ресурсами в конкретных условиях среды, сохраняя при этом способность к самопознанию и самореализации. Речь идет о жизнеспособности специалистов, в том числе и специалистов, чья профессиональная деятельность осуществляется в экстремальных условиях, включающих стрессогенные ситуации.

По данным В. Д. Менделевича [2], медицина признает всего семь заболеваний, называемые святой семеркой, которые имеют психологическую природу: артериальная гипертония, бронхиальная астма, нейродермиты, неспецифический язвенный колит, ревматоидный артрит, сахарный диабет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, когда состояние ремиссии значительно увеличивается при совместном воздействии медицинских манипуляций и психологического сопровождения.

В настоящее время многие исследователи пытаются расширить данный список заболеваний [3]. Так, Национальный институт США, занимающийся исследованиями дыхательной и сердечно-сосуди-

стой систем (ССС), официально признал поведение типа «А», характеризующееся напряженной борьбой за достижение успеха в профессиональной деятельности, чрезмерной ответственностью, профессиональной сверхобязательностью, сопровождающейся раздражительностью и агрессивностью, тем фактором риска, который увеличивает в 7 раз частоту нарушений ССС [4, 5].

Следует упомянуть о том, что к настоящему времени сложилось множество теорий и концепций возникновения и развития психосоматических нарушений: среди них — концепция алекситимии, концепция острого или хронического стресса, концепция внутриличностного конфликта и концепция личностных особенностей [6, 7]. Алекситимическая концепция базируется на положении о вытеснении неосознаваемых эмоциональных переживаний, которые по закону сохранения энергии никуда не исчезают, а трансформируются в соматические нарушения. Концепция острого или хронического стресса основывается на признании решающего воздействия перманентных экстремальных факторов психогенной природы. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, артериальную гипертензию связывают с наличием внутриличностного конфликта между равными по интенсивности, но разнонаправленными мотивами типа «приближение—приближение» и «приближение — избегание» (по М. Кордуэллу) [8]. Некоторые воспитанные и/или сформированные личностные особенности обуславливают психосоматические нарушения. Например, конверсионная пятерка в ММРІ является основой, на которой построена концепция личностных особенностей.

Независимо от классификации стрессов и причин его возникновения, Ю. В. Щербатых считает, что любой стресс является в первую очередь эмоциональным [9]. По оценкам некоторых западных экспертов, около 70% заболеваний имеют взаимосвязь с эмоциональным стрессом, кроме того, статистические данные показывают, что в европейских странах ежегодно умирают от нарушений функций ССС, имеющих психогенную природу, около миллиона человек [10].

Исследования последних десятилетий демонстрируют увеличение эмоционально-личностных проблем, влияющих на трудоспособность, по сравнению с физическими недугами. Эмоционально-

личностные проблемы оказывают самое осязаемое влияние и на характер развития психосоматических нарушений, по мнению специалистов практического здравоохранения [9].

Дж. Шарит и Г. Салвенди указывают, что именно профессиональный стресс детерминирует особенности физиологических и психологических реакций на кризисные ситуации в профессиональной и трудовой деятельности [11]. Результатом перманентного стресса в процессе служебно-трудовой деятельности может стать синдром эмоционального выгорания, который, по мнению Е. Н. Водопьяновой, представляет собой выработанный механизм психологической защиты личности в форме полной или частичной редукции эмоций с отстраненностью и деперсонализацией, состоянием истощения [12].

В эмпирическом исследовании мотивационной сферы специалистов экстремального профиля и ее взаимосвязи с состоянием их здоровья О. Н. Сиваш делает вывод о том, что причиной многих нарушений психического здоровья является снижение профессиональной мотивации, обусловленное проявлениями признаков невротизации и астенизации личности [13, 14].

Потеря смысла жизни, внешние и внутренние деструкции могут являться следствием эмоционального выгорания, к которому приводит перманентное и/или острое воздействие стрессовых факторов. Субъективно симптомы эмоционального выгорания могут восприниматься как чувство кумулятивной усталости, сопровождающееся разочарованием, снижением интереса ко всему окружающему, в том числе к своей работе. Происходят изменения в поведении, проявляются различные психосоматические реакции [15].

Результаты исследования В. А. Бодрова с соавторами свидетельствуют о том, что почти 20% военнослужащих имеют психосоматические расстройства и что психосоматическая патология является основной причиной медицинской дисквалификации в 34,1% случаях [16]. Психосоматические заболевания являются фактором, снижающим профессиональную эффективность, профессиональное долголетие, а также нивелирующим безопасность служебной и трудовой деятельности. Психосоматические нарушения возникают вследствие воздействия хронических и острых стрессов, перманентно присутствующих в условиях экстремальной профессиональной деятельности, а потому они могут являться тем человеческим фактором, который в 90% обуславливает нарушения безопасности, приводящие к чрезвычайным происшествиям.

Длительное время считалось, что профессии, в которых стресс и эмоциональное выгорание встречаются достаточно часто (до 90%), относятся к типу «человек—человек» (специалисты социальной, медицинской и образовательной сфер). К данному списку в последующем были добавлены спасатели, работники правоохранительных органов, пожарные и другие специалисты, профессиональная деятельность которых включала экстремальный компонент

на содержательном уровне [17, 12]. В настоящее время доказано, что психосоматические заболевания также широко распространены среди профессий типа «человек—техника», в том числе профессий, связанных с утилизацией радиоактивных веществ. Однако исследований, ориентированных на выявление факторов возникновения у таких специалистов психосоматических нарушений, не проводилось.

В связи с этим остро ощущается необходимость в разработке прогностических способов предупреждения возникновения психосоматических нарушений у специалистов по утилизации радиоактивных веществ, чья профессиональная деятельность осуществляется в особых условиях постоянного риска.

Методы

Целью данного исследования являлось определение способа прогнозирования вероятности возникновения психосоматических нарушений у специалистов по утилизации радиоактивных веществ.

В исследовании приняли участие 179 респондентов, которым предлагалось ответить на вопросы специально разработанной анкеты, ориентированной на получение социально-демографических данных об испытуемых и первичной информации об их отношении к трудовой деятельности и о ее особенностях, а также пройти тесты согласно следующим психодиагностическим методикам: Шкала «Психосоматические нарушения» В. В. Бойко [18, с. 161], методика исследования психофизиологического статуса (данные волновой активности головного мозга (ЭЭГ); простой и сложной зрительной моторной реакции (цветовой тест М. Люшера), индивидуально-психологических особенностей (методика цветочных метафор И. Л. Соломина; диагностики скрытой мотивации, опросник Мини-Мульт [18, с. 261], методика «Доминирующий тип межличностных отношений» [19, с. 55], методика К. Леонгарда—Шмишека для выявления акцентуированных черт характера [18, с. 274]).

Статистические методы включали в себя сравнительный анализ с расчетом критерия Манна—Уитни, корреляционный анализ (расчет коэффициента корреляции по Спирмену) и множественный регрессионный анализ.

Результаты

Результаты комплексного исследования уровня развития у испытуемых жизнеспособности позволяют говорить о том, что оптимальным уровнем характеризуются лишь 6,5% обследованных специалистов; базовым, обеспечивающим временную сохранность психического здоровья, — 36,0%. Таким образом, у более чем половины обследованных специалистов (57,5%) были выявлены формирующиеся симптомы психосоматических нарушений, связанных с недостаточным развитием жизнеспособности их личности, что подтверждает актуальность разработки прогностической модели вероятности возникновения у них психосоматических расстройств.

Таблица 1

Прогностические признаки психосоматических нарушений у респондентов, выявленные на основании их регрессивных коэффициентов

Признак	Код	B*	Значение статистики Вальда	p-уровень
Уровень жизни (субъективная оценка)	X1	0,666	5,165	0,023
Недоверчиво — скептический тип межличностных отношений (4 октант ДМО)	X2	0,300	15,522	0,000
Паранойя (6 шкала Мини-Мульт)	X3	0,086	22,640	0,000
Константа		-9,387	47,603	0,000

* Регрессионные коэффициенты.

В результате дальнейшего исследования были выявлены 32 признака, взаимосвязанных с показателями психосоматических нарушений: среди них — показатели способности к зрительному восприятию пространственных образов ($r = -0,158$; $p < 0,01$), субъективного восприятия профессиональной нагрузки ($r = 0,377$; $p < 0,01$), уровня стабильности реакции ($r = -0,232$; $p < 0,001$), степени выраженности ригидности ($r = 0,203$; $p < 0,001$), тревожности ($r = 0,367$; $p < 0,001$), демонстративности ($r = 0,200$; $p < 0,01$), дистимности ($r = 0,434$; $p < 0,001$), возбудимости ($r = 0,409$; $p < 0,001$), ипохондрии ($r = 0,194$; $p < 0,01$), паранойяльности ($r = 0,476$; $p < 0,001$) и др.

Для разработки прогностической модели вероятности возникновения психосоматических нарушений на основе изучения психофизиологических, индивидуально-психологических и социально-психологических особенностей личности специалистов по утилизации радиоактивных веществ был использован метод множественного регрессионного анализа. Прогнозируемый признак здесь — это наличие или, напротив, отсутствие у испытуемых симптомов психосоматических нарушений.

С помощью одномерного анализа были отобраны те признаки, которые в дальнейшем были включены во множественный регрессионный анализ. Отбор осуществлялся на основании показателей критерия Манна—Уитни, предназначенного для выборок с ненормальным распределением. В регрессионном анализе был использован метод пошагового исключения независимых прогностических признаков.

В итоге проведенной статистической обработки данных были выявлены три основных прогностических признака, имеющих высокие регрессионные коэффициенты на уровне значимости $< 0,05$ и позволяющие говорить о возможности возникновения и развития у респондентов психосоматических нарушений (табл. 1).

Значения регрессионных коэффициентов свидетельствуют о наличии разных по значимости шансов той или иной характеристики личности повлиять на возникновение у нее симптомов психосоматических расстройств. Регрессионный коэффициент уровня жизни равен 0,666, что превышает коэффициенты других признаков. Следовательно, субъективное восприятие уровня жизни является самым значи-

мым прогностическим признаком. На втором месте — высокая степень выраженности у специалистов недоверчиво-скептического типа межличностных отношений, выявляемый с помощью методики ДМО; на третьем месте — высокий уровень развития паранойяльных черт личности, определяемый на основании методики Мини-Мульт.

На основании полученных данных можно считать вероятность возникновения и развития у специалистов по утилизации радиоактивных веществ симптомов психосоматических нарушений по формуле:

$$P(\hat{y}) = 1 / (1 + e^{-y}),$$

где $y = (0,666X1 + 0,3X2 + 0,086X3 - 9,387)$; $P(\hat{y})$ — вероятность проявления психосоматических и психо-вегетативных нарушений ($0 \leq \hat{y} \leq 1$); чем больше значение, тем больше вероятность возникновения психосоматических нарушений, чем меньше — тем меньше вероятность и тем самым прогноз психосоматических нарушений может стать источником разработки профилактических мероприятий; X1 — субъективная оценка уровня жизни (респондент оценивает свой уровень жизни по следующим критериям: 1 балл — высокий; 2 балла — выше среднего; 3 балла — средний; 4 балла — ниже среднего; 5 баллов — низкий); X2 — значение в баллах недоверчиво-скептического типа межличностных отношений по методике ДМО; X3 — значение в баллах шкалы 6 (паранойяльность) по методике Мини-Мульт; e — коэффициент, равный 2,71.

Проверка возможности и целесообразности использования разработанного способа прогнозирования возникновения и развития у специалистов экстремального профиля психосоматических нарушений осуществлялась на выборке в 253 человека. Разделяющее значение при этом составило 0,5. Отсутствием нарушений характеризовались 219 человек из 253 всех испытуемых, что совпало с результатами расчета значения прогностической модели. Ошибочный расчет был выявлен у 4 человек, что составляет 98,2% совпадений.

Обсуждение

Результаты использования разработанного способа прогнозирования возможности возникновения и развития психосоматических нарушений у представителей экстремальных профессий свидетельствуют о том, что диагностическая точность способа составляет более 90%. Чувствительность как еще одна характеристика метода прогнозирования составила 50%, специфичность — 98,2%. Результаты проверки успешности разработанного способа определения вероятности возникновения у специалистов экстремальной профессиональной деятельности симптомов психосоматических расстройств убедительно доказывают, что способ может быть использован для определения группы риска с целью организации и проведения профилактических медицинских и психологических мероприятий и организа-

ции специального психологического сопровождения их профессиональной деятельности.

Приведем примеры использования разработанной модели для прогнозирования вероятности возникновения психосоматических нарушений у специалистов по утилизации радиоактивных веществ.

Пример 1

Специалист С., возраст — полных 27 лет, стаж трудовой деятельности в должности специалиста по утилизации радиоактивных веществ составляет более пяти лет. По шкале «Паранойальность» методики Мини-Мульт был выявлен показатель, равный 65. 12 баллов были зафиксированы по шкале методики ДМО, отражающей степень приверженности респондента недоверчиво-скептическому типу выстраивания межличностных отношений. Уровень жизни оценивает как низкий (5 баллов). Расчет вероятности проявления психосоматических нарушений:

$$P(y) = 1 / (1 + 2,71^{-(0,6665 + 0,3 \cdot 12 + 0,086 \cdot 65 - 9,432)}) = 1 / (1 + 2,71^{-3,133}) = 1 / (1 + 0,044) = 1 / 1,044 = 0,956.$$

Использование разработанного способа расчета прогностического коэффициента показало, что вероятность возникновения психосоматических нарушений у специалиста С. равняется 0,956. Соответственно мы утверждаем, что вероятность возникновения психосоматических нарушений высокая.

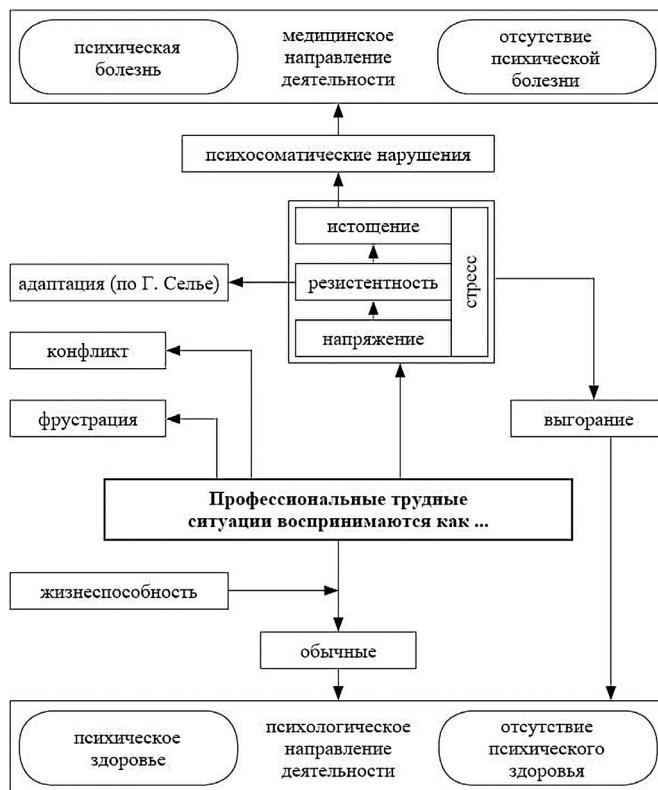
Пример 2

Работник Б. со стажем профессиональной деятельности в шесть лет. По шкале «Паранойальность» методики Мини-Мульт был выявлен показатель, равный 40. По шкале методики ДМО, отражающей степень приверженности респондента недоверчиво-скептическому типу выстраивания межличностных отношений, были зафиксированы 14 баллов. Уровень жизни оценивает как ниже среднего (4 балла). Расчет вероятности проявления психосоматических и психовегетативных нарушений:

$$P(y) = 1 / (1 + 2,71^{-(0,6664 + 0,3 \cdot 6 + 0,086 \cdot 40 - 9,432)}) = 1 / (1 + 2,71^{-1,483}) = 0,19.$$

Расчет показывает, что вероятность возникновения нарушений специалиста Б. равняется 0,19. Соответственно мы утверждаем, что вероятность возникновения психосоматических нарушений низкая.

Результаты исследования позволяют также раскрыть механизм возникновения нарушений профессионального здоровья специалистов по утилизации радиоактивных веществ. Следует отметить, что жизнеспособность в профессиях экстремального профиля, в том числе в профессиях, связанных с утилизацией радиоактивных веществ, ориентирована на стратегическое использование психофизиологических ресурсов, что обусловлено гипертимно-демонстративным типом личности, ориентированным на конгруэнтность в межличностных отношениях и эрготрофную мотивацию. При разном уровне жизнеспособности по-разному воспринимаются сами ситуации, возникающие в процессе профессиональной деятельности. Если ситуации субъективно воспри-



Механизм воздействия субъективного восприятия профессиональных ситуаций на психическое здоровье и профессиональное долголетие специалистов по утилизации радиоактивных веществ.

нимаются как вполне обычные и каждодневные, то и внутреннее ощущение стабильности не позволяет оценивать их как стрессовые и выходящие за пределы своих человеческих возможностей. В противном случае субъективное восприятие ситуаций, в силу наличия высокого уровня развития паранойальности, недоверчивости во взаимоотношениях, может привести к хроническому стрессу, что провоцирует развитие у представителей экстремальных профессий психосоматических нарушений (рисунок) [20].

Механизм воздействия субъективного восприятия профессиональных нагрузок на психическое здоровье и профессиональное долголетие специалистов по утилизации радиоактивных веществ позволяет дифференцировать подходы к анализу психического здоровья в медицинском и психологическом направлении деятельности.

Заключение

Таким образом, разработанная прогностическая модель позволяет спрогнозировать вероятность возникновения психосоматических нарушений у специалистов по утилизации радиоактивных веществ. Прогностическая модель и способ расчета вероятности возникновения психосоматических нарушений у специалистов по утилизации радиоактивных веществ отличаются своей относительной простотой и доступностью, а потому могут стать основанием для выявления группы риска и организации психологи-

ческого и психотерапевтического сопровождения их профессиональной деятельности.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Лешукова Е. Синдром сгорания. Защитные механизмы. Меры профилактики. М.: Наука; 1983: 267 с.
2. Менделевич В.Д. Медицинская психология. М.: Феникс; 2018: 460 с.
3. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ; 2006: 568 с.
4. Arva P., Wagstaff A.S. Medical disqualification of 275 commercial pilots: changing patterns over 20 years. *Aviat. Space Environ. Med.* 2004;75(9):791–4.
5. Charles A.D., Alex M.W., Julie G.L. In-flight medical incapacitation of US Airline pilots: 1993 to 1998. *Civil Aerospace Medical Institute, Federal Aviation Administration. Oklahoma City; 2004: 34 p.*
6. Маклаков А.Г. Психология и педагогика. Военная психология. СПб.: Питер; 2007: 464 с.
7. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия: практическое руководство. М.: Независимая фирма «Класс»; 2007: 592 с.
8. Кордуэлл М. Психология А–Я. Словарь-справочник. М.: ФИ-АР-ПРЕСС; 2000: 448 с.
9. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер; 2006: 256 с.
10. Хессет Дж. Введение в психофизиологию. М.: Мир; 1981: 248 с.
11. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М.: Наука; 1983. С. 45–60.
12. Сидоров П.И., Новикова И.А. Способ скрининговой оценки факторов здоровья. *Гигиена и санитария.* 2010;(2):85–9.
13. Разолов Н.А. Медицинские аспекты безопасности полетов. М.: РАМНПО; 2006: 589 с.
14. Сиваш О.Н. Клинико-психологическая экспертиза психического состояния летного состава. В кн.: *Профессиональная пригодность: субъектно-деятельностный подход.* М.: Институт психологии РАН / под ред. В.А. Бодырова; М.: Институт психологии РАН; 2004. С. 278–97.
15. Бодров В.А., Бессонова Ю.В. Развитие профессиональной мотивации спасателей. *Психологический журнал.* 2005;(2):45–56.
16. Бодров В.А. Современные исследования фундаментальных и прикладных проблем психологии профессиональной деятельности. Часть II. *Психологический журнал.* 2008;29(6):66–74.
17. Волобаев В.М. К вопросу о функциональном диагнозе синдрома эмоционального выгорания. *Психотерапия.* 2008;11(71):25–9.
18. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Самара: Бахрах; 1998: 672 с.
19. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. М.: Институт прикладной психологии; 1998: 511 с.
20. Котовская С.В. Биопсихосоциальные детерминанты жизнеспособности в сфере экстремальной деятельности. В кн.: *Занковский А., Муравлев А.Л. (ред.). Современное состояние и перспективы развития психологии труда и организационной психологии.* М.: ИП РАН; 2019. С. 655–75.

REFERENCES

1. Leshukova E. Combustion syndrome. Defense mechanisms. Prevention measures [Sindrom sgoraniya. Zashchitnyye mekhanizmy. Mery profilaktiki]. Moscow: Science; 1983: 267 p. (in Russian).
2. Mendelevich V.D. Medical psychology [Meditsinskaya psikhologiya]. Moscow: Phoenix; 2018: 460 p. (in Russian).
3. Sidorov P.I., Solov'yev A.G., Novikova I.A. Psychosomatic medicine: a guide for doctors [Psikhosomaticheskaya meditsina: rukovodstvo dlya vrachey]. Moscow: Medpress-inform; 2006: 568 p. (in Russian).
4. Arva P., Wagstaff A.S. Medical disqualification of 275 commercial pilots: changing patterns over 20 years. *Aviat. Space Environ. Med.* 2004;75(9):791–4.
5. Charles A.D., Alex M.W., Julie G.L. In-flight medical incapacitation of US Airline pilots: 1993 to 1998. *Civil Aerospace Medical Institute, Federal Aviation Administration. Oklahoma City; 2004: 34 p.*
6. Maklakov A.G. Psychology and pedagogy. Military psychology [Psikhologiya i pedagogika. Voyennaya psikhologiya]. St. Petersburg: Piter; 2007: 464 p. (in Russian).
7. Sandomirskiy M.E. Psychosomatics and body psychotherapy: a practical guide [Psikhosomatika i telesnaya psikhoterapiya: prakticheskoye rukovodstvo]. Moscow: Independent firm «Class»; 2007: 592 p. (in Russian).
8. Korduell M. Psychology A–Z. Dictionary — reference book [Psikhologiya A–Ya. Slovar'-spravochnik]. Moscow: FIAR-PRESS; 2000: 448 p. (in Russian).
9. Shcherbatykh Yu.V. Psychology of stress and methods of correction [Psikhologiya stressa i metody korrektsii]. St. Petersburg: Piter; 2006: 256 p. (in Russian).
10. Kheset Dzh. Introduction to psychophysiology [Vvedeniye v psikhofiziologiyu]. Moscow: World; 1981: 248 p. (in Russian).
11. Kitayev-Smyk L.A. Psychology of stress [Psikhologiya stressa]. Moscow: Science; 1983. P. 45–60 (in Russian).
12. Sidotov P.I., Novikova I.A. Method of screening assessment of health factors. *Gigiyena i sanitariya.* 2010;(2):85–9 (in Russian).
13. Razolov N.A. Medical aspects of flight safety [Meditsinskiye aspekty bezopasnosti poletov]. Moscow: RAMNPO; 2006: 589 p. (in Russian).
14. Sivash O.N. Clinical and psychological examination of the mental state of the flight personnel. In: V.A. Bodrov (ed.) *Professional suitability: subject-activity approach [Professional'naya prigodnost': sub'yektno-deyatelnostnyy podkhod]*. Moscow: Institute of Psychology RAS; 2004. P. 278–97 (in Russian).
15. Bodrov V.A., Bessonova Yu.V. Development of professional motivation of rescuers. *Psikhologicheskiy zhurnal.* 2005;(2):45–56 (in Russian).
16. Bodrov V.A. Modern studies of fundamental and applied problems of the psychology of professional activity. Part II. *Psikhologicheskiy zhurnal.* 2008;29(6):66–74 (in Russian).
17. Volobayev V.M. On the functional diagnosis of burnout syndrome. *Psikhoterapiya.* 2008;11(71):25–9 (in Russian).
18. Raygorodskiy D.Ya. Practical psychodiagnostics [Prakticheskaya psikhodiagnostika]. Samara: Bakhrakh; 1998: 672 p. (in Russian).
19. Sobchik L.N. Introduction to the psychology of individuality [Vvedeniye v psikhologiyu individualnosti]. Moscow: Institute of Applied Psychology; 1998: 511 p. (in Russian).
20. Kotovskaya S.V. Biopsychosocial determinants of vitality in the field of extreme activities. In: Zankovskiy A.N., Muravlev A.L. (eds). *Current state and development prospects of labor psychology and organizational psychology [Sovremennoye sostoyaniye i perspektivy razvitiya psikhologii truda i organizatsionnoy psikhologii]*. Moscow: IP RAS; 2019. P. 655–75 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2020

УДК 614.2

**Веселов А. В.¹, Белоусова Е. А.², Бакулин И. Г.³, Успенский Ю. П.⁴, Древалъ Р. О.⁵, Шкурко Т. В.⁶, Кашников В. Н.¹,
Фоминых Ю. А.⁷, Князев О. В.⁸, Романов Р. И.¹, Скалинская М. И.³, Шипицын В. В.⁵**

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОГО БРЕМЕНИ И ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (НА ПРИМЕРЕ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии им. А. Н. Рыжих» Минздрава России, 123423, г. Москва;
²ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, г. Москва;
³ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России, 191015, г. Санкт-Петербург;
⁴ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, 194100, г. Санкт-Петербург;
⁵Некоммерческое партнерство «Центр социальной экономики», 119421, г. Москва;
⁶ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;
⁷ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, 197022, г. Санкт-Петербург;
⁸ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А. С. Логинова» Департамента здравоохранения Москвы, 111123, г. Москва

Цели исследования — оценка качества и доступности медицинской помощи при язвенном колите (ЯК) и болезни Крона (БК) и оценка влияния экономического бремени иммуновоспалительных заболеваний на бюджет Российской Федерации; систематизация основных проблем организации медицинской помощи и лекарственного обеспечения больных воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

В работе использованы данные региональных регистров ВЗК (2016—2018 гг.), данные официальной статистики, данные о влиянии на бюджет здравоохранения отдельных схем лечения конкретными лекарственными препаратами, результаты экспертных интервью со специалистами в области лечения ВЗК в России.

Количество пациентов с ЯК в России в 2018 г. расчетно составило 104 668 человек, что соответствует уровню распространенности 71 на 100 тыс. населения, а количество пациентов с БК составило 66 647 человек, что соответствует уровню распространенности 45 на 100 тыс. населения. Экономическое бремя с текущим уровнем обеспечения генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) для ЯК составило 39,54 млрд руб. в год (495 руб. на 1 человека в год), а БК — 32,98 млрд руб. в год (378 руб. на 1 человека в год). Для полноценного обеспечения ГИБП дополнительно для пациентов, страдающих ЯК, потребуется 9,87 млрд руб. в год, а для пациентов с БК — 9,20 млрд руб. в год.

Ежегодное бремя ВЗК составляет 72,52 млрд руб., что сопоставимо с затратами на другие социально значимые нозологии, в том числе злокачественными новообразованиями, и отражает высокую социально-экономическую значимость ВЗК для государства. Основными проблемами организации медицинской помощи и лекарственного обеспечения взрослых пациентов, страдающих ВЗК, являются несоответствие официальной статистики реальным значениям распространенности ВЗК в России обусловленное отсутствием единого федерального регистра больных ВЗК, а также недостаточная обеспеченность ГИБП всех нуждающихся при лечении ВЗК, что обусловлено ограниченным финансированием. Улучшение учета пациентов с ВЗК, контроль и максимально быстрое решение вопросов персонального лекарственного обеспечения может быть достигнуто путем создания федерального регистра ВЗК и организации всероссийского центра диагностики и лечения ВЗК в структуре медицинской организации федерального уровня.

К л ю ч е в ы е с л о в а : воспалительные заболевания кишечника; язвенный колит; болезнь Крона; экономическое бремя; организация медицинской помощи, организация лекарственного обеспечения.

Для цитирования: Веселов А. В., Белоусова Е. А., Бакулин И. Г., Успенский Ю. П., Древалъ Р. О., Шкурко Т. В., Кашников В. Н., Фоминых Ю. А., Князев О. В., Романов Р. И., Скалинская М. И., Шипицын В. В. Оценка экономического бремени и текущего состояния организации лекарственного обеспечения пациентов с иммуновоспалительными заболеваниями (на примере язвенного колита и болезни Крона) в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1137—1145. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1137-1145>

Для корреспонденции: Древалъ Руслан Орестович; e-mail: dreval.ruslan@gmail.com; Веселов Алексей Викторович; e-mail: a_veselov82@mail.ru

**Veselov A. V.¹, Belousova E. A.², Bakulin I. G.³, Uspenskiy Y. P.⁴, Dreval R. O.⁵, Shkurko T. V.⁶, Kashnikov V. N.¹,
Fominykh Y. A.⁷, Knyazev O. V.⁸, Romanov R. I.¹, Skalinskaya M. I.³, Shipitsyn V. V.⁵**

ECONOMIC BURDEN AND CURRENT STATUS OF THE DRUG SUPPLY MANAGEMENT FOR IMMUNE INFLAMMATORY DISEASES (BY EXAMPLE OF ULCERATIVE COLITIS AND CROHN'S DISEASE)

¹National Medical Research Center of Coloproctology named after A. N. Ryzhikh, 123423, Moscow, Russian Federation;

²Moscow Regional Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirovsky, 129110, Moscow, Russian Federation;

³North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, 191015, St. Petersburg, Russian Federation;

⁴St. Petersburg State Pediatric Medical University, 194100, St. Petersburg, Russian Federation;

⁵Center for Social Economy, 119421, Moscow, Russian Federation;

⁶State Budgetary Institution "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", 115088, Moscow, Russian Federation;

⁷First St. Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, 197022, St. Petersburg, Russian Federation;

⁸Moscow Clinical Scientific and Practical Center named after A. S. Loginov, 111123, Moscow, Russian Federation

Aim: to estimate the quality and availability of medical care for patients with ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD), to assess the impact of the economic burden of these diseases on the healthcare budget of Russia and to systematize the main problems in the organization of medical care and drug supply for patients with inflammatory bowel diseases (IBD).

Regional IBD databases (2016—2018), official statistical databases, costs of treatment and results of expert interviews with specialists in IBD were used in the study.

The analyzed databases showed 104,668 patients with UC in Russia in 2018 (prevalence rate 71 per 100,000 people) and 66,647 patients with CD (prevalence rate of 45 per 100,000 people). The economic burden including agents for biologic therapy (ABT) for the UC was 39.54 billion rubles a year (495 rubles per capita), and CD — 32.98 billion rubles a year (378 rubles per capita). It requires an additional 9.87 billion rubles annually for UC and 9.20 billion rubles annually for CD patients to provide the complete supply with ABT.

The annual burden of IBD is 72.52 billion rubles, which is comparable to the costs of other socially significant diseases, including malignant tumors. It shows the high social and economic value of IBD for the country. The main problems of medical care and drug supply for IBD patients are the mismatch of official statistical data and real IBD prevalence in Russia due to absence of comprehensive register and the insufficient supply with ABT due to limited funding. A federal center for IBD should be founded for better quality of registration, for the precise monitoring and for the active management of personal drug supply.

Key words: inflammatory bowel diseases; ulcerative colitis; Crohn's disease; economic burden; medical care organization; organization of the drug supply.

For citation: Veselov A. V., Belousova E. A., Bakulin I. G., Uspenskiy Y. P., Dreval R. O., Shkurko T. V., Kashnikov V. N., Fominykh Y. A., Knyazev O. V., Romanov R. I., Skalinskaya M. I., Shipitsyn V. V. Economic burden and current status of the drug supply management for immune inflammatory diseases (by example of ulcerative colitis and crohn's disease). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1137—1145 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1137-1145>

For correspondence: dreval.ruslan@gmail.com (Ruslan Dreval); a_veselov82@mail.ru (Alexey Veselov).

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020

Accepted 29.07.2020

Введение

Язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК) — наиболее сложные для диагностики и лечения нозологические формы в практике гастроэнтерологов и колопроктологов. Заболеваемость ЯК в мире составляет 0,6—24,3 на 100 тыс. человек, а распространенность достигает 505 на 100 тыс. населения [1]. Данные о распространенности ЯК в России крайне ограничены. Отмечается, что основной пик заболеваемости приходится на возраст 20—30 лет, второй пик — на 60—70 лет. Заболеваемость у мужчин и женщин приблизительно одинакова [2].

В России, по данным исследования ESCAре, основной пик начала ЯК приходился на возраст 21—40 лет, а при БК он сдвигается к более молодому возрасту (22,5% заболели до 20 лет) и отмечен в трех возрастных группах (<20, 21—30 и 31—40 лет) [3]. Статистически значимые различия между БК и ЯК были только в возрастном интервале 11—20 лет (22,5 против 13,6%, $p < 0,01$). В исследовании ESCAре-2 медиана начала заболевания для ЯК и для БК составила около 30 лет [3].

Согласно зарубежным данным, заболеваемость БК составляет 0,3—20,2 на 100 тыс. человек, распространенность достигает 322 на 100 тыс. человек [4]. Как и при ЯК, российские данные о распространенности БК ограничены, а возрастные пики заболеваемости и гендерный состав пациентов аналогичны ЯК [2—5].

Распространенность ЯК в России ориентировочно составляет 16,6 на 100 тыс. населения, ежегодный регистрируемый прирост — 11,3%; распространенность БК составляет 5,6 на 100 тыс. населения, прирост — 13,7% [6,7].

Экономическое бремя¹ воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) в России на настоящий момент не было детально изучено, оценено и рассчитано, несмотря на его значительный абсолютный и от-

носительный (к другим социально значимым нозологиям) уровень.

Согласно зарубежным исследованиям затраты на 1 пациента с ВЗК в среднем в странах ЕС составляют 697—1397 евро, в Великобритании — 496—1332 евро, а в США достигают 10 226—14 607 долл. США [8, 9].

Цель исследования — оценка качества и доступности медицинской помощи при ЯК и БК и оценка влияния экономического бремени ВЗК на бюджет здравоохранения Российской Федерации.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить затраты национального здравоохранения на лечение пациентов с ЯК и БК.

2. Провести сравнительный анализ экономического бремени этих и других социально значимых заболеваний.

3. Определить структуру и основные группы организационных проблем при лечении ЯК и БК, в том числе связанные с лекарственным обеспечением генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП).

Материалы и методы

Для расчета экономического бремени ЯК и БК в России были использованы данные государственной статистики, нормативно-правовые акты и экспертные оценки специалистов системы здравоохранения (в том числе по итогам цикла экспертных интервью с представителями профессионального сообщества в области лечения ВЗК и изучения отечественных пу-

¹ На момент выхода исследования в РФ не существует официального определения экономического бремени заболевания для здравоохранения и валидированной методики его расчета. В профессиональном сообществе устоялись определенные экспертные методики расчета экономического бремени, включающие расчет прямых и не-прямых затрат системы здравоохранения и общества и государства в целом.

бликаций [10—16]). Коллективом авторов исследования была создана математическая модель расчета экономического бремени ВЗК, позволяющая производить расчет с использованием имеющихся статистических данных и гибким применением различных возможных гипотез в тех областях, где допустимы некоторые диапазоны значений параметров. В общем случае в модели используются следующие исходные параметры (по данным Федеральной службы государственной статистики):

- численность населения;
- численность населения, занятого в экономике;
- валовый внутренний продукт (ВВП);
- средняя заработная плата.

Для анализа нозологий (ЯК и БК) в модели используются следующие исходные параметры:

- заболеваемость (экстраполяция данных регистра);
- распространенность (экстраполяция данных регистра).

Прямые и косвенные затраты, рассчитанные на 1 пациента, относятся на пациентскую популяцию и дают в сумме экономическое бремя выбранной для анализа нозологии.

Структура затрат. В расчет не включены неосязаемые (нематериальные) затраты в связи с высокой ресурсоемкостью сбора первичных данных и отсутствием общепринятых методик их перевода в денежный эквивалент.

В расчет включены:

1) прямые затраты:

- стоимость фармакотерапии;
 - оплата труда медицинского персонала медицинской организации (МО);
 - оплата труда прочего персонала МО;
 - страховые начисления на фонд оплаты труда МО;
 - прочие расходы МО;
- 2) косвенные затраты:
- недополученный ВВП;
 - оплата листов временной нетрудоспособности (ЛВНТ);
 - выплаты при инвалидизации.

Расчет стоимости фармакотерапии. Применен нормативный метод расчетов. Основой подсчета служили стандарты оказания специализированной медицинской помощи, утвержденные приказами Минздрава России, а также результаты анализа региональной клинической практики и экспертных интервью со специалистами системы здравоохранения в области ВЗК. Информация о частоте и количестве предоставления лекарственных препаратов содержится непосредственно в стандартах оказания специализированной медицинской помощи (усредненный показатель частоты предоставления и средняя курсовая доза соответственно). Для ГИБП, учитывая устаревание стандартов в части использования инновационной терапии, использовали инструкции по применению лекарственных препаратов, утвержденные Минздравом России. Стоимость единицы лекарственного препарата рассчитывали

на основании минимальных значений из Государственного реестра предельных отпускных цен (пересчет на единицу действующего вещества).

Модель позволяет в определенных диапазонах изменять количество обострений/госпитализаций в год и доли пациентов, получающих ГИБП — отдельно амбулаторно и стационарно.

Расчет оплаты труда медицинского персонала МО. За основу при расчете использовалась информация о частоте и количестве предоставления медицинских услуг (усредненный показатель частоты предоставления и усредненный показатель кратности применения соответственно), отраженная в действующих стандартах оказания специализированной медицинской помощи по диагностике и лечению ЯК и БК. Стоимость единицы медицинской услуги рассчитывали на основании количества условных единиц трудозатрат врача и медицинской сестры (информация из Реестра медицинских услуг с указанием условных единиц трудозатрат) и стоимости 1 условной единицы трудозатрат (исходя из средних заработных плат и среднего фонда рабочего времени врача и медицинской сестры).

Расчет оплаты труда прочего персонала МО. Модель позволяет в определенном диапазоне изменять долю (от размера фонда оплаты труда медицинского персонала) расходов на оплату труда прочего персонала МО.

Расчет страховых начислений на фонд оплаты труда МО. Ставки страховых начислений утверждены Федеральным законом № 361-ФЗ от 27.11.2017 г.²

Расчет прочих расходов МО. Модель позволяет в определенном диапазоне менять долю (от размера фонда оплаты труда медицинского персонала) прочих расходов МО.

Расчет недополученного ВВП (ВРП). Расчет основан на объеме ВРП на 1 человека, занятого в экономике, в день и количестве дней временной нетрудоспособности в году (модель позволяет в определенном диапазоне, утвержденном Фондом социального страхования РФ³, менять число дней временной нетрудоспособности).

Расчет оплаты ЛВНТ. Расчет основан на средней дневной оплате при ЛВНТ в день (средний дневной заработок, скорректированный на средневзвешенный процент оплаты дней временной нетрудоспособности согласно Федеральному закону № 255-ФЗ от 29.12.2006 г.⁴) и количестве дней временной нетрудоспособности в году.

Расчет выплат при инвалидизации. Расчет производится на основании данных Пенсионного фонда РФ о ежемесячных выплатах при инвалидизации и

² Федеральный закон «О внесении изменений в статью 426 части второй Налогового кодекса Российской Федерации» от 27.11.2017 № 361-ФЗ.

³ Письмо Фонда социального страхования РФ от 01.09.2000 № 02-18/10-5766 «Об ориентировочных сроках временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах».

⁴ Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» от 29.12.2006 № 255-ФЗ.

Таблица 1

Исходные параметры для расчета экономического бремени		
Параметр	ЯК	БК
Число госпитализаций в год*	0,25	0,23
Доля пациентов на терапии ГИБП, %	6,7	13,5
Средневзвешенная годовая стоимость курса терапии ГИБП, руб.	706 913	703 802
Препараты для МНН	Инфликсимаб, Адалimumаб, Голимумаб, Ведолизумаб	Адалimumаб, Инфликсимаб, Ведолизумаб, Цертолизумаб, Устекинумаб
Доля ФОТ прочего персонала от ФОТ медицинского персонала, %	30	30
Доля прочих расходов МО от ФОТ медицинского персонала, %	25	25
Средняя продолжительность ЛВНТ**, дни	39	48
Уровень инвалидизации, %	6	9

* Экспертная оценка частоты оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара при ЯК.

** Письмо ФСС РФ от 01.09.2000 г. № 02-18/10-5766, ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при язвенном колите. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=56793&fld=134&dst=1000000001,0&nd=0.22001080589627997#03652164264931608> (дата обращения 13.05.2020).

денежном эквиваленте предоставляемого набора социальных услуг.

Ограничения модели. В связи с происходящей сменой поколений ГИБП и, соответственно, изменением структуры ГИБП в разрезе международных непатентованных названий, в модели не используются ретроспективные данные государственных закупок ГИБП. Вместо этого модель оперирует проспективными данными о назначениях ГИБП на 2020 г. (данные региональных регистров и экспертные оценки, полученные с разрешения авторов)⁵.

В случае отсутствия некоторых данных в утвержденных стандартах стоимость медицинских услуг и лекарственного обеспечения (без ГИБП) рассчитывали на основании экспертных оценок и клинических рекомендаций.

Расчет экономического бремени произведен по формуле:

$$EB = \sum_{Q=1}^{Q_0} DC_0 + IDC_0 + \sum_{Q=1}^{Q_1} k_1 DC_1 + k_2 DC_1 + k_3 DC_1,$$

где EB — экономическое бремя; DC_0 — прямые издержки на 1 пациента (без применения ГИБП); IDC_0 — косвенные издержки на 1 пациента (без применения ГИБП); DC_1 — прямые издержки на 1 пациента (с применением ГИБП); IDC_1 — косвенные из-

⁵ Информация из специального полевого исследования, проведенного НП «Центр социальной экономики» в октябре—ноябре 2019 г. и включившего серию глубинных интервью с профессиональным сообществом, главными внештатными специалистами федерального и регионального уровней (гастроэнтерологами, колопроктологами), организаторами здравоохранения, представителями органов управления системой здравоохранения в субъектах Российской Федерации.

Таблица 2

Структура экономического бремени язвенного колита в Российской Федерации в 2019 г. (руб.)*		
Показатель	На 1 пациента	На популяцию
Прямые затраты		
Стоимость фармакотерапии	59 267	6 203 425 261
Оплата труда медицинского персонала МО	15 375	1 609 253 623
Оплата труда прочего персонала МО	4612	482 776 087
Страховые начисления на фонд оплаты труда МО	4612	482 776 087
Прочие расходы МО	3844	402 313 406
Итого	87 711**	9 180 544 464
Косвенные затраты		
Недополученный ВВП	225 225	23 573 960 540
Оплата ЛВНТ	71 460	7 479 554 844
Выплаты при инвалидизации	3519	368 328 100
Итого	300 204	31 421 843 483
Экономическое бремя***	377 799	39 543 586 695

* На основании данных расчетов математической модели расчета экономического бремени ВЗК.

** При расчете затрат на 1 пациента по стандарту Министерства здравоохранения прямые затраты на 1 пациента с ЯК составят 71 018 руб/год.

*** Экономическое бремя отличается от суммы прямых и косвенных затрат, т. к. учитывает снижение продолжительности ВУТ и снижение уровня инвалидизации в результате применения ГИБП (согласно математической модели расчета экономического бремени ВЗК).

держки на 1 пациента (с применением ГИБП); Q_0 — пациентская популяция без применения ГИБП; Q_1 — пациентская популяция с применением ГИБП; k_1 — коэффициент изменения стоимости терапии с применением ГИБП; k_2 — коэффициент изменения продолжительности временной утраты трудоспособности; k_3 — коэффициент изменения продолжительности уровня инвалидизации.

Результаты

Результаты расчета экономического бремени приведены с учетом исходных параметров, полученных по результатам исследования с учетом региональной экспертизы (табл. 1).

Результаты расчета экономического бремени ВЗК

Экономическое бремя ЯК в России (рис. 1) оценивается в 39,5 млрд руб. в год, из которых 9,2 млрд руб. составляют прямые затраты, 31,4 млрд руб. — косвенные затраты (табл. 2).

Экономическое бремя БК в России (рис. 2) оценивается в 33 млрд руб. в год, из которых 10 млрд руб. составляют прямые затраты, 24,6 млрд руб. — косвенные затраты (табл. 3).

Сравнение экономического бремени различных нозологий

На рис. 3, 4 приведено сравнение экономического бремени ЯК и БК, рассчитанных в настоящем исследовании, с аналогичными показателями для ряда других значимых нозологий, опубликованных по результатам отечественных исследований в 2000-х и 2010-х гг.; экономическое бремя при этом пересчита-

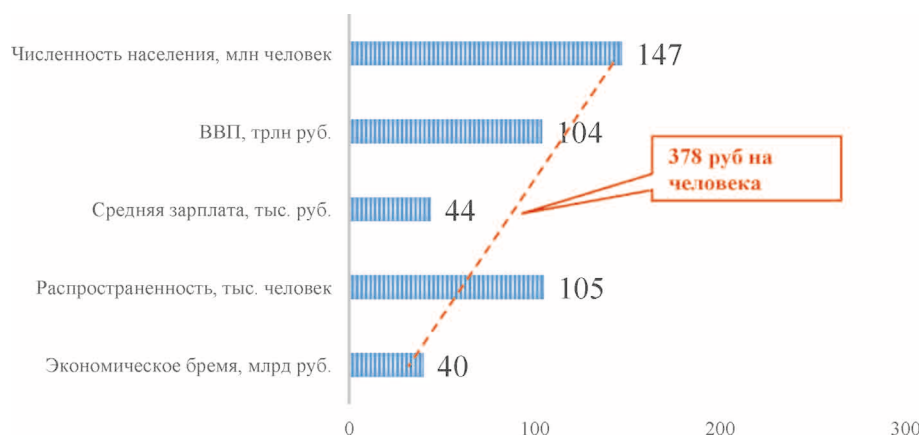


Рис. 1. Экономическое бремя ЯК в России в 2019 г.

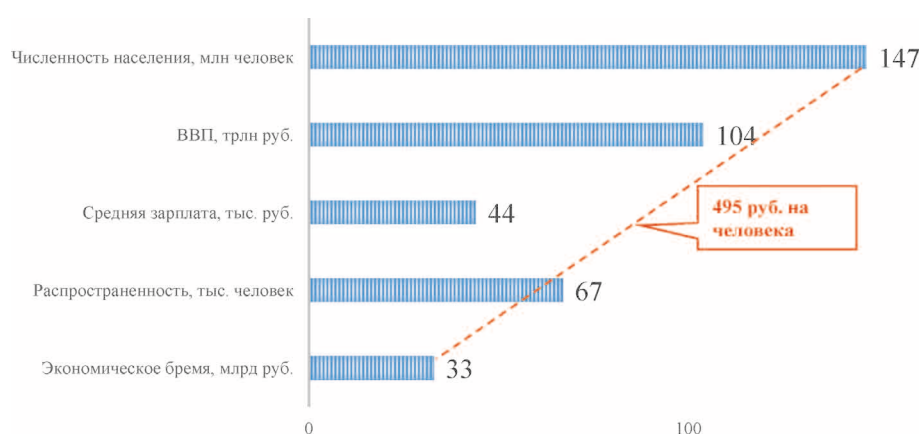


Рис. 2. Экономическое бремя БК в России, 2019 г.

но на 2018 г. согласно изменению ВВП, по данным Федеральной службы государственной статистики.

Использованные в сравнении нозологии:

- сердечно-сосудистые заболевания [17];
- суициды [18];
- мерцательная аритмия [19];
- рак молочной железы [20];
- сахарный диабет 2-го типа [21];
- рак легких [22];
- ревматоидный артрит [23];
- анкилозирующий спондилит [23];
- псориатический артрит [23].

Из приведенных данных видно, что суммарное экономическое бремя ВЗК сопоставимо с экономическим бременем таких заболеваний и явлений, как ревматоидный артрит, рак легкого, рак молочной железы, псориаз. Экономическое бремя ВЗК составляет $\frac{1}{3}$ от суммарного экономического бремени рака молочной железы и рака легких.

Проблемные вопросы организации лекарственного обеспечения и медицинской помощи при ВЗК

Полученные результаты экономического бремени ЯК и БК потребовали более детального изучения вопросов организации медицинской помощи и лекарственного обеспечения. По данным анализа опроса экспертов⁶ определены четыре основные проблемные зоны:

1. Дисбаланс между расчетной потребностью в ГИБП и реальным объемом лекарственного обеспечения (табл. 4). Потребность в ГИБП можно определить, исходя из клинической практики и международных клинических рекомендаций:

- 20% пациентов, страдающих ЯК;
- 33% пациентов, страдающих БК.
- Реально обеспечены биологической терапией:
- 6,7% пациентов, страдающих ЯК;
- 13,5% пациентов, страдающих БК.

2. Неоднозначные статистические показатели по заболеваемости и распространенности ВЗК доступны только в мозаичном формате отдельных региональных регистров, дополненных экспертными оценками специалистов. Возможный проект федерального регистра по ВЗК находится в стадии разработки на инициативной основе, не предусмотрен четкий механизм его заполнения для всех субъектов

Таблица 3

Структура экономического бремени БК в Российской Федерации в 2019 г. (руб.)*

Показатель	На 1 пациента	На популяцию
Прямые затраты		
Стоимость фармакотерапии	129 531	8 632 903 211
Оплата труда медицинского персонала МО	11 205	746 792 806
Оплата труда прочего персонала МО	3362	224 037 842
Страховые начисления на фонд оплаты труда МО	3362	224 037 842
Прочие расходы МО	2801	186 698 202
Итого	150 261**	10 014 469 902
Косвенные затраты		
Недополученный ВВП	276 677	18 439 780 639
Оплата ЛВНТ	87 784	5 850 580 362
Выплаты при инвалидизации	5279	351 797 245
Итого	369 740	24 642 158 247
Экономическое бремя***	494 866	32 981 409 310

* На основании данных расчетов математической модели расчета экономического бремени ВЗК.

** При расчете затрат на 1 пациента по стандарту МЗ прямые затраты на 1 пациента с БК составят 85 918 руб/год.

*** Экономическое бремя отличается от суммы прямых и косвенных затрат, т. к. учитывает снижение продолжительности ВУТ и снижение уровня инвалидизации в результате применения ГИБП (согласно математической модели расчета экономического бремени ВЗК).

⁶ Информация НП «Центр социальной экономики» (см. сноску 5).

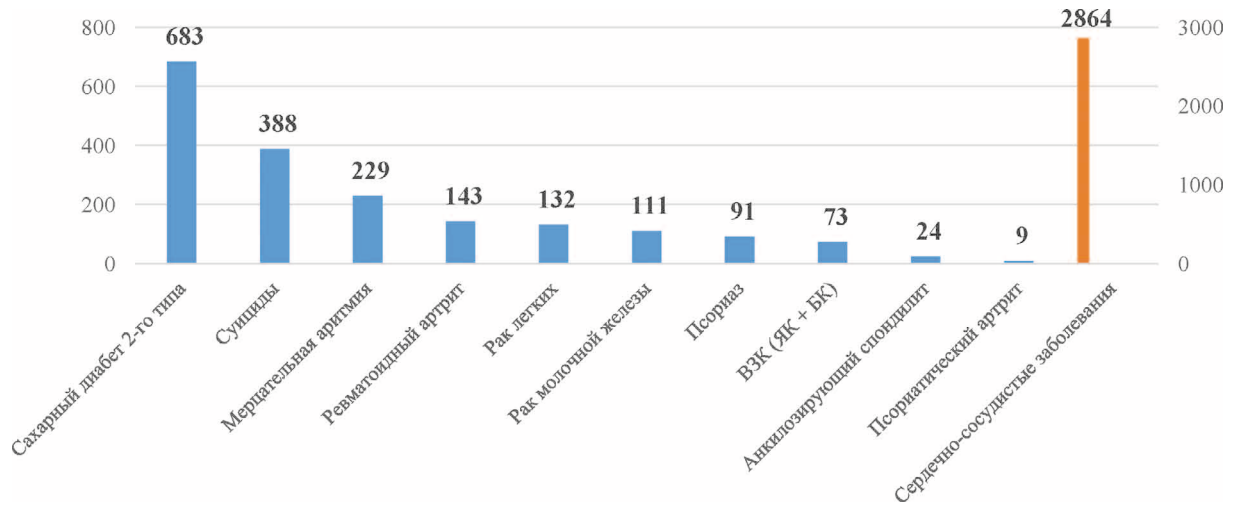


Рис. 3. Сравнение экономического бремени ВЗК и некоторых других социально значимых нозологий в 2019 г. (млрд руб.).

По правой шкале — экономическое бремя для сердечно-сосудистых заболеваний; по левой — экономическое бремя для остальных нозологий.

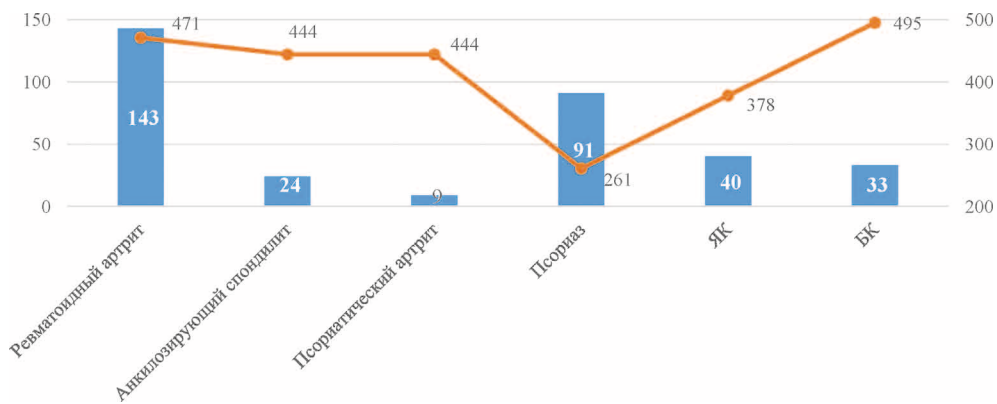


Рис. 4. Сравнение экономического бремени иммуновоспалительных заболеваний (по правой шкале (график) — экономическое бремя на одного пациента, тыс. руб.; по левой шкале (столбцы гистограммы) — экономическое бремя, млрд руб.), 2018—2019 гг.

Российской Федерации. Один из сценариев получения полной картины по больным с ВЗК в России предполагает создание региональных регистров, заполняемых по единому образцу как сегменты федерального регистра пациентов с ВЗК. На практике это реализуется усилиями Ассоциации колопроктологов России и Всероссийского общества по изучению ВЗК.

Регистр затрагивает широкий спектр характеристик, включая следующие параметры:

- демографические показатели;

- клинический портрет с распределением пациентов с ВЗК по диагнозам и полу и возрастным группам;
- возраст на момент дебюта заболевания и на дату постановки диагноза;
- локализацию поражения кишечника и степени активности;
- наличие и характеристики внекишечных проявлений, клиничко-фармакологический анализ терапии пациентов с ВЗК, включая анализ частоты применения ГИБП и наличие и характеристики нежелательных явлений.

Таблица 4

Потребность и реальная обеспеченность ГИБП, 2019 год*

Нозология	Распространенность, тыс. человек	Потребность в ГИБП, тыс. человек	Обеспеченность ГИБП, тыс. человек	Стоимость лекарственного обеспечения на 1 пациента, тыс. руб.	Необходимый объем дополнительного финансирования лекарственного обеспечения (ГИБП), млн руб.
ЯК	105	21,0	7,0	707	9872
БК	67	22,1	9,0	704	9195
Итого ВЗК	172	43,1	16,1		19 067

* На основании данных расчетов математической модели расчета экономического бремени ВЗК.

Мультиканальное финансирование пациентов с ИВЗ (терапия ГИБП)

Федеральная льгота (обеспечение необходимыми лекарственными средствами)	Согласно ФЗ № 178 при наличии препарата в льготном перечне лекарств (и включение гражданина в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи)
Региональная льгота на лекарственное обеспечение	Согласно Постановлению № 890 1-я и 2-я неработающие группы инвалидов обеспечиваются за счет региональных средств до наступления возможности их обеспечения за счет федеральной льготы
Оплата по клинико-статистическим группам в рамках обязательного медицинского страхования	Согласно утвержденным Методическим рекомендациям ФФОМС ЯК (K51; K51.0; K51.1; K51.1) и БК (K50; K50.1; K50.9) входят в модель клинико-статистических групп «Лечение с применением ГИБП и селективных иммунодепрессантов»: ds36.004 (№ 139) в дневном стационаре; st36.003 (№ 336) в круглосуточном стационаре
Высокотехнологичная медицинская помощь в рамках обязательного медицинского страхования	Согласно Программе государственных гарантий, профиль «гастроэнтерология» включен в Раздел I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи (№ 5. Язвенный колит и болезнь Крона 3 и 4 степени активности) и в Раздел II Перечня высокотехнологичной медицинской помощи (№ 36. Болезнь Крона, язвенный колит — непрерывно рецидивирующее течение)

В рамках этого проекта с февраля 2017 г. ведется «Северо-Западный регистр пациентов с ВЗК», реализуемый Северо-Западным центром лечения ВЗК при ФГБОУВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России. Поиск пациентов для данного регистра выполняется с помощью различных методов: ретроспективно, методом активного приглашения пациента на визит амбулаторно либо во время текущей госпитализации. Все пациенты, приглашенные к участию в Регистре, подписывают информированное согласие, на каждого формируется анкета, выполняющая роль первичной документации или дополняющая ее. Включение пациентов в Регистр не влияет на лечебно-диагностическую тактику, осуществляемую на этот момент [15].

3. Проблема высокого уровня коморбидности для иммуновоспалительных заболеваний (ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, псориаз/псориатический артрит, ЯК, БК и пр.) [10, 11, 13, 23]. Пациенты в связи с этим часто случайным образом распределяются между различными профилями (лечащими специалистами) по наиболее ярко выраженному клиническому симптому. Пациенты, как правило, склонны игнорировать первичные, более легкие симптомы и обращаются за медицинской помощью при проявлении более развернутой картины основного заболевания или осложнений. Значительная часть пациентов имеют те или иные проявления коморбидности, что, в свою очередь, может искажать истинную структуру заболеваемости ВЗК и требует междисциплинарного подхода при организации медицинской помощи и лекарственной терапии.

4. Система мультиканального финансирования в реальной практике допускает возможность обеспечения пациентов ГИБП за счет различных каналов государственного финансирования (табл. 5).

При этом каналы финансирования конфликтуют между собой как в связи с нормативно-правовым обеспечением (дублирование возможных каналов в различных нормативно-правовых актах), так и в связи с юридическим несоответствием между требованиями нормативно-правовых документов, регламентирующих порядок применения лекарственных препаратов, и практикой лекарственного обеспечения:

- проблема обеспечения таблетированными формами через систему обязательного медицинского страхования;
- проблема возможности применения инъекционных форм в амбулаторных условиях;
- снятие инвалидности и потеря возможности быть обеспеченным по льготе вследствие эффективности терапии.

Заключение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о значительном влиянии ВЗК на бюджет России. Экономическое бремя ЯК составило 39,54 млрд руб. в год, а БК — 32,98 млрд руб. в год. Отмечается недостаточная обеспеченность ГИБП при лечении ВЗК, что обусловлено недостаточным финансированием. При задаче обеспечения в полном объеме необходимыми лекарственными препаратами для пациентов с ЯК дополнительно требуется 9,87 млрд руб. в год, с БК — 9,20 млрд руб. в год.

Для обеспечения учета пациентов с ВЗК необходимо создание Федерального регистра пациентов ВЗК, объединяющего региональные сегменты всех субъектов Российской Федерации. Для комплексного решения выявленных организационно-методических и клинических проблем целесообразным представляется создание Всероссийского центра диагностики и лечения ВЗК на базе одного из федеральных центров. Такая организационная модель позволит создать систему кадрового, научного и практического обеспечения процесса оказания качественной медицинской помощи пациентам и проведения организационно-методологических, научно-исследовательских, образовательных и инновационных работ по проблемам изучения ВЗК.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2011;140:1785–94. doi: 10.1053/j.gastro.2011.01.055
2. Ивашкин В. Т., Шельгин Ю. А., Халиф И. Л., Белоусова Е. А., Шифрин О. С., Абдулганиева Д. И., и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению язвенного колита. *Колoproктология*. 2017;(1):6–30. doi: 10.33878/2073-7556-2017-0-1-6-30

3. Белоусова Е. А., Абдулганиева Д. И., Алексеева О. П., Алексеенко С. А., Барановский А. Ю., Валуйских Е. Ю., и др. Социально-демографическая характеристика, особенности течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований. *Альманах клинической медицины*. 2018;46(5):445—63. doi: 10.18786/2072-0505-2018-46-5-445-463
4. Ивашкин В. Т., Шельгин Ю. А., Халиф И. Л., Белоусова Е. А., Шифрин О. С., Абдулганиева Д. И., и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона. *Колопроктология*. 2017;(2):7—29. doi: 10.33878/2073-7556-2017-0-1
5. Khalif I. L., Shapina M. V. Inflammatory bowel disease treatment in Eastern Europe: current status, challenges and needs. *Curr. Opin. in Gastroenterol.* 2017;33(4):230—3. doi: 10.1097/MOG.0000000000000370
6. Князев О. В., Шкурко Т. В., Каграманова А. В., Веселов А. В., Никонов Е. Л. Эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника (обзор литературы). *Доказательная гастроэнтерология*. 2020;9(1):80—7. doi: 10.17116/dokgastro2020901180
7. Биннатли Ш. А., Алешин Д. В., Куликов А. Э., Романов Р. И. Качество жизни пациентов, оперированных по поводу язвенного колита (обзор литературы). *Колопроктология*. 2019;18(1):89—100. doi: 10.33878/2073-7556-2019-18-1-89-100
8. Buchanan J., Wordsworth S., Ahmad T., Perrin A., Vermeire S., Sans M., et al. Managing the long term care of inflammatory bowel disease patients: The cost to European health care providers. *J. Crohns. Colitis*. 2011;5:301—16. doi: 10.1016/j.crohns.2011.02.005
9. Epameinondas T. How expensive is inflammatory bowel disease? A critical analysis. *World J. Gastroenterol.* 2008;14(43):6641—7. doi: 10.3748/wjg.14.6641
10. Бакулин И. Г., Шкурко Т. В., Парфенов А. И., Князев О. В., Фадеева Н. А., Жулина Е. Ю., и др. К вопросу о распространенности и заболеваемости воспалительными заболеваниями кишечника в Москве. *Фарматека*. 2016;(2):69—73.
11. Никулина И. В., Златкина А. Р., Белоусова Е. А., Румянцев В. Г., Юрков М. Ю. Оценка клинико-эпидемиологических показателей воспалительных заболеваний кишечника в Московской области. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 1997;2:67—71.
12. Деркач Е. В., Веселов А. В., Фролов М. Ю., Авксентьев Н. А., Котс Н. А. Оценка экономической целесообразности применения цертолизумабапэгола у больных с болезнью Крона. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2016;(4):51—62.
13. Безденежных Т. П., Федяев Д. В., Хачатрян Г. Р., Арутюнов Г. Г., Герасимова К. В. Экономическая оценка оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника на примере Республики Татарстан. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2019;12(1):14—26. doi: 10.17749/2070-4909.2019.12.1.14-26
14. Халиф И. Л., Шапина М. В., Головенко А. О., Белоусова Е. А., Чашкова Е. Ю., Лахин А. В., и др. Течение хронических воспалительных заболеваний кишечника и методы их лечения, применяемые в Российской Федерации (результаты многоцентрового популяционного одномоментного наблюдательного исследования). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2018;28(3):54—62. doi: 10.22416/1382-4376-2018-28-3-54-62
15. Бакулин И. Г., Жигалова Т. Н., Латария Э. Л., Сказываева Е. В., Скалинская М. И., Ситкин С. И., и др. Опыт внедрения Федерального регистра пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в Санкт-Петербурге. *Фарматека*. 2017;(S5): 56—9.
16. Журавлева М. В., Крысанова В. С., Веселов А. В., Лынникова Т. И. Оптимизация лекарственного обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями с использованием зарубежного опыта и результатов фармакоэкономического анализа «влияния на бюджет» на примере язвенного колита. *Современная организация лекарственного обеспечения*. 2014;(3):19—28.
17. Оганов Р. Г., Концевая А. В., Калинина А. М. Экономический ущерб от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2011;10(4):4—9. doi: 10.15829/1728-8800-2011-4-4-9
18. Любов Е. Б., Морев М. В., Фалалеева О. И. Экономическое бремя суицидов в РФ. *Суицидология*. 2012;3(3):3—9.
19. Колбин А. С., Татарский Б. А., Бисерова И. Н., Загородникова К. А., Балыкина Ю. Е., Проскурин М. А., и др. Социально-экономическое бремя мерцательной аритмии в Российской Федерации. *Клиническая фармакология и терапия*. 2010;19(4):17—22.
20. Игнатъева В. И., Грецова О. П., Стенина М. Б., Омеляновский В. В., Деркач Е. В., Домбровский В. С. Социально-экономическое бремя рака молочной железы в РФ. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2016;(4):32—49.
21. Дедов И. И., Концевая А. В., Шестакова М. В., Белоусов Ю. Б., Баланова Ю. А., Худяков М. Б., и др. Экономические затраты на сахарный диабет 2 типа и его основные сердечно-сосудистые осложнения в Российской Федерации. *Сахарный диабет*. 2016;19(6):518—27. doi: 10.14341/DM8153
22. Авксентьева М. В., Горкавенко Ф. В., Никитина А. В., Савилова А. Г., Герасимова К. В., Мусина Н. З., и др. Оценка социально-экономического бремени рака легкого в Российской Федерации. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2018;(4):63—75. doi: 10.31556/2219-0678.2018.34.4.063-075
23. Лиля А. М., Древаль Р. О., Шипицын В. В. Оценка организации медицинской помощи и лекарственного обеспечения при ревматических заболеваниях и социально-экономического бремени этих болезней в Российской Федерации. *Современная ревматология*. 2018;12(3):112—9. doi: 10.14412/1996-7012-2018-3-112-119
24. Маев И. В., Шельгин Ю. А., Скалинская М. И., Веселов А. В., Сказываева Е. В., Расмагина И. А., и др. Патоморфоз воспалительных заболеваний кишечника. *Вестник РАМН*. 2020;75(1):27—35. doi: 10.15690/vramn1219

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Cosnes J., Gower-Rousseau C., Seksik P., Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2011;140:1785—94. doi: 10.1053/j.gastro.2011.01.055
2. Ivashkin V. T., Shelygin Yu. A., Khalif I. L., Belousova E. A., Shifrin O. S., Abdulganiyeva D. I., et al. Clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association and the Association of Coloproctologists of Russia for the diagnosis and treatment of ulcerative colitis. *Koloproktologiya*. 2017;(1):6—30. doi: 10.33878/2073-7556-2017-0-1-6-30 (in Russian).
3. Belousova E. A., Abdulganiyeva D. I., Alekseyeva O. P., Alekseyenko S. A., Baranovskiy A. Yu., Valuyiskikh E. Yu., et al. Socio-demographic characteristics, course features and options treatment of inflammatory bowel diseases in Russia. Results from two multicenter studies. *Al'manakh klinicheskoy meditsiny*. 2018;46(5):445—63. doi: 10.18786/2072-0505-2018-46-5-445-463 (in Russian).
4. Ivashkin V. T., Shelygin Yu. A., Khalif I. L., Belousova E. A., Shifrin O. S., Abdulganiyeva D. I., et al. Clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association and the Association of Coloproctologists of Russia for the diagnosis and treatment of Crohn's disease. *Koloproktologiya*. 2017;(2):7—29. doi: 10.33878/2073-7556-2017-0-1 (in Russian).
5. Khalif I. L., Shapina M. V. Inflammatory bowel disease treatment in Eastern Europe: current status, challenges and needs. *Curr. Opin. in Gastroenterol.* 2017;33(4):230—3. doi: 10.1097/MOG.0000000000000370
6. Knyazev O. V., Shkurko T. V., Kagramanova A. V., Veselov A. V., Nikonov E. L. Epidemiology of inflammatory bowel diseases (literature review). *Dokazatel'naya gastroenterologiya*. 2020;9(1):80—7. doi: 10.17116/dokgastro2020901180 (in Russian).
7. Binnatli Sh. A., Aleshin D. V., Kulikov A. E., Romanov R. I. Quality of life of patients operated on for ulcerative colitis (literature review). *Koloproktologiya*. 2019;18(1):89—100. doi: 10.33878/2073-7556-2019-18-1-89-100 (in Russian).
8. Buchanan J., Wordsworth S., Ahmad T., Perrin A., Vermeire S., Sans M., et al. Managing the long term care of inflammatory bowel disease patients: The cost to European health care providers. *J. Crohns. Colitis*. 2011;5:301—16. doi: 10.1016/j.crohns.2011.02.005
9. Epameinondas T. How expensive is inflammatory bowel disease? A critical analysis. *World J. Gastroenterol.* 2008;14(43):6641—7. doi: 10.3748/wjg.14.6641
10. Bakulin I. G., Shkurko T. V., Parfenov A. I., Knyazev O. V., Fadeyeva N. A., Zhulina E. Yu., et al. To the question of the prevalence and incidence of inflammatory bowel diseases in Moscow. *Farmateka*. 2016;(2):69—73 (in Russian).
11. Nikulina I. V., Zlatkina A. R., Belousova E. A., Rumyantsev V. G., Yurkov M. Yu. Assessment of clinical and epidemiological indicators of inflammatory bowel diseases in the Moscow region. *Rossiyskiy*

- zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koroproktologii*. 1997;2:67—71 (in Russian).
12. Derkach E. V., Veselov A. V., Frolov M. Yu., Avksent'ev N. A., Kots N. A. Assessment of the economic feasibility of using certolizumabapegol in patients with Crohn's disease. *Meditsinskiye tekhnologii. Otsenka i vybor*. 2016;(4):51—62 (in Russian).
 13. Bezdenezhnykh T. P., Fedayev D. V., Khachatryan G. R., Arutyunov G. G., Gerasimova K. V. Economic assessment of optimization of medical care for patients with inflammatory bowel diseases on the example of the Republic of Tatarstan. *Farmakoekonomika. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya*. 2019;12(1):14—26. doi: 10.17749/2070-4909.2019.12.1.14-26 (in Russian).
 14. Khalif I. L., Shapina M. V., Golovenko A. O., Belousova E. A., Chashkova E. Yu., Lakhin A. V., et al. The course of chronic inflammatory bowel diseases and methods of their treatment used in the Russian Federation (results of a multicenter population-based simultaneous observational study). *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koroproktologii*. 2018;28(3):54—62. doi: 10.22416/1382-4376-2018-28-3-54-62 (in Russian).
 15. Bakulin I. G., Zhigalova T. N., Latariya E. L., Skazyvayeva E. V., Skalinskaya M. I., Sitkin S. I., et al. Experience of implementing the Federal register of patients with inflammatory bowel diseases in St. Petersburg. *Farmateka*. 2017;(S5):56—9 (in Russian).
 16. Zhuravleva M. V., Krysanova V. S., Veselov A. V., Linnikova T. I. Optimization of drug provision for patients with orphan diseases using foreign experience and the results of pharmacoeconomic analysis of "budget impact" on the example of ulcerative colitis. *Sovremennaya organizatsiya lekarstvennogo obespecheniya*. 2014;(3):19—28 (in Russian).
 17. Oganov R. G., Kontsevaya A. V., Kalinina A. M. Economic damage from cardiovascular diseases in the Russian Federation. *Kardio-vaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2011;10(4):4—9. doi: 10.15829/1728-8800-2011-4-4-9 (in Russian).
 18. Lyubov E. B., Morev M. V., Falaleyeva O. I. Economic burden of suicides in the Russian Federation. *Suitsidologiya*. 2012;3(3):3—9 (in Russian).
 19. Kolbin A. S., Tatrskiy B. A., Biserova I. N., Zagorodnikova K. A., Balykina Yu. E., Proskurin M. A., et al. Socio-economic burden of atrial fibrillation in the Russian Federation. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya*. 2010;19(4):17—22 (in Russian).
 20. Ignat'yeva V. I., Gretsova O. P., Stenina M. B., Omel'yanovskiy V. V., Derkach E. V., Dombrovskiy V. S. Socio-economic burden of breast cancer in the Russian Federation. *Meditsinskiye tekhnologii. Otsenka i vybor*. 2016;(4):32—49 (in Russian).
 21. Dedov I. I., Kontsevaya A. V., Shestakova M. V., Belousov Yu. B., Balanova Yu. A., Khudyakov M. B., et al. Economic costs of type 2 diabetes mellitus and major cardiovascular complications in the Russian Federation. *Sakharnyy diabet*. 2016;19(6):518—27. doi: 10.14341/DM8153 (in Russian).
 22. Avksent'yeva M. V., Gorkavenko F. V., Nikitina A. V., Savilova A. G., Gerasimova K. V., Musina N. Z., et al. Assessment of the socio-economic burden of lung cancer in the Russian Federation. *Meditsinskiye tekhnologii. Otsenka i vybor*. 2018;(4):63—75. doi: 10.31556/2219-0678.2018.34.4.063-075 (in Russian).
 23. Lila A. M., Dreval' R. O., Shipitsyn V. V. Assessment of the organization of medical care and drug provision in rheumatic diseases and the socio-economic burden of these diseases in the Russian Federation. *Sovremennaya revmatologiya*. 2018;12(3):112—9. doi: 10.14412/1996-7012-2018-3-112-119 (in Russian).
 24. Mayev I. V., Shelygin Yu. A., Skalinskaya M. I., Veselov A. V., Skazyvayeva E. V., Rasmagina I. A., et al. Pathomorphosis of inflammatory bowel diseases. *Vestnik RAMN*. 2020;75(1):27—35. doi: 10.15690/vramn1219 (in Russian).

© Камынина Н. Н., Самородов Н. А., Сабанчиева Ж. Х., Шмелева С. В.
УДК 616.24-006.04-06:616-005.1]-08

Камынина Н. Н.¹, Самородов Н. А.², Сабанчиева Ж. Х.³, Шмелева С. В.⁴

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОТЯГОЩЕННЫМ КОМОРБИДНЫМ ФОНОМ И АБСЦЕССОМ ЛЕГКОГО, ОСЛОЖНЕННЫМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ЛЕГОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

¹ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;

²ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер» МЗ КБР, 360004, г. Нальчик;

³ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», 360004, г. Нальчик;

⁴ФГБОУ ВО «Московский государственный университет технологий и управления им. К.Г. Разумовского», 109004, г. Москва

Целью данной работы было рассмотреть возможности комплексного подхода в лечении пациентов с отягощенным коморбидным фоном, а именно абсцессом легкого, осложненным рецидивирующим легочным кровотечением. Материалы и методы. Под наблюдением находился пациент, у которого на основании клиничко-лабораторных и рентгенологических методов был выставлен диагноз: абсцедирующая пневмония левого легкого на фоне тяжелой сопутствующей патологии. На фоне длительной антибактериальной терапии отмечена частичная положительная клиническая динамика, однако сохранялось кровохарканье. Рентгенологический мониторинг выявил отрицательную динамику в виде нарастания инфильтративных изменений в левом легком, появления деструктивных изменений в верхней (S1-2) и в нижней (S6) долях. Результаты. На основании полученных клиничко-лабораторных, рентгенологических результатов больному было предложено хирургическое лечение, дренирование полости с использованием полимерного катетера Фогарти, позволяющего провести временную окклюзию дренирующей полость бронха. Одновременно с выполнением пункционной трахеостомии пациенту проведена фибробронхоскопия с введением микрокатетера. После операции через катетер проводилось в течение 4 дней промывание полости абсцесса легкого растворами хлоргексидина и фурацилина, после чего в него вводились протеолитические ферменты и муколитики. При обследовании пациента через 1,5 мес после операции зафиксировано отсутствие у него жалоб и закрытие полостей распада в легком, что является критерием эффективного лечения. Выводы. Данный клинический случай показывает эффективность комплексного подхода в лечении пациентов с тяжёлым отягощенным анамнезом, с осложненным течением основного заболевания, а именно деструктивной патологией в легких, осложненной рецидивирующим легочным кровотечением.

К л ю ч е в ы е с л о в а : легочные деструкции; легочное кровотечение; чрезтрахеобронхиальная катетеризация; дренирование абсцесса легкого.

Для цитирования: Камынина Н. Н., Самородов Н. А., Сабанчиева Ж. Х., Шмелева С. В. Организация комплексного подхода в лечении пациентов с отягощенным коморбидным фоном и абсцессом легкого, осложненным рецидивирующими легочными кровотечениями. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1146—1153. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1146-1153>

Для корреспонденции: Сабанчиева Жанета Хусейновна, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей врачебной практики, рентгенологии, общественного здоровья и здравоохранения медицинского факультета КБГУ; Sabanchiyeva@mail.ru

Kamyнина N. N.¹, Samorodov N. A.², Sabanchieva J. Kh.³, Shmeleva S. V.⁴

ORGANIZATION INTEGRATED APPROACH IN TREATMENT PATIENTS WITH AGGRAVATED COMORBID BACKGROUND AND LUNG ABSCESS COMPLICATED BY RECURRENT PULMONARY BLEEDING

¹State Budgetary Institution "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", 115088, Moscow, Russian Federation;

²State Public Health Institution "Tuberculosis Dispensary" of the Ministry of Health of the Kabardino-Balkarian Republic, 360000, Nalchik, Russian Federation;

³Kabardino-Balkarian State University named after H. M. Berbekova, 360004, Nalchik, Russian Federation;

⁴Moscow State University of Technology and Management named after K. G. Razumovsky, 109004, Moscow, Russian Federation

The purpose of the demonstration of this clinical case was to show the effectiveness of an integrated approach to treating a patient with bacterial pulmonary destruction complicated by recurrent pulmonary bleeding. A patient with a complicated course of abscessed pneumonia of the left lung against a background of severe concomitant pathology, after a long course of antibacterial therapy for the underlying disease. Upon admission to the hospital the patient standard examination was carried out according to national clinical recommendations, non-specific antibiotic therapy was continued, indications for planned surgical intervention were determined. Against the background of the controlled treatment with broad-spectrum antibiotics for 4.5 months, the patient retained the clinical manifestations of the disease and decay cavity in the left lung, which was an indication for surgical treatment. After short-term preoperative preparation, tracheobronchial catheterization of an abscess of the upper lobe of the left lung was performed. When examining the patient 1.5 months after the operation, his absence of complaints and the closure of decay cavities in the lung were recorded, which is a criterion for effective treatment. The clinical example demonstrates the high effectiveness of the personalized approach to treating patients with a burdened comorbid background and complicated pulmonary destruction, which are threatened both by the development of surgical complications and by the occurrence of postoperative complications when using resection methods of treatment.

К е у в о р д s : pulmonary destruction; pulmonary hemorrhage; tracheobronchial catheterization; drainage of lung abscess.

For citation: Kamyнина N. N., Samorodov N. A., Sabanchieva J. Kh., Shmeleva S. V. Organization integrated approach in treatment patients with aggravated comorbid background and lung abscess complicated by recurrent pulmonary bleeding. *Problemy socialnoi gigiyeni, zdavoookhranenia i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1146—1153 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1146-1153>

For correspondence: Sabanchieva Zhaneta Huseynova, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General Medical Practice, Gerontology, Public Health and Health of the Faculty of Medicine of KBSU; Sabanchiyeva@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020

Введение

Одной из самых актуальных проблем со стороны бронхолегочной патологии является пневмония. Несмотря на появление новых эффективных антибактериальных препаратов, пневмония остается чрезвычайно распространенным и угрожающим жизни заболеванием [1, 2]. По количеству летальных случаев пневмония стоит на первом месте среди всех инфекционных заболеваний, в 20—25% случаев является причиной смерти и занимает пятое место среди ее причин [3—9]. За последние несколько лет регистрируется постоянный рост заболеваемости пневмонией во всех возрастных группах, а также наблюдается тенденция к увеличению числа больных с острыми гнойными деструктивными процессами в легких, к которым относятся деструктивная пневмония и острый абсцесс легкого [3].

У больных пневмонией наиболее частым гнойным осложнением легких является острый абсцесс легкого, что составляет в среднем 4—7% [10]. Сохранение высокой частоты острых гнойно-деструктивных заболеваний легких обусловлено рядом причин, включая несвоевременную диагностику заболевания, которое в ранней стадии протекает в виде острой респираторной инфекции, позднюю госпитализацию и трудности определения лечебной тактики ведения таких пациентов [11].

Лечение, как правило, начинают с интенсивной комплексной консервативной терапии. Показанием к операции считают отсутствие эффекта от этого лечения, хронизацию процесса, наступающую в сроки от 6 до 14 недель с момента заболевания, наличие угрожающих жизни осложнений [12]. После высокотравматичных оперативных вмешательств временная инвалидизация отмечается в 30—40% случаев, а стойкая потеря трудоспособности — у 7,1—9,7% больных [13].

Известная роль бронхиального аппарата как мощной дренажной системы, предохраняющей легкое от интраканаликулярного распространения патологического процесса, обуславливает актуальность изучения новых способов санации полостей распада в легких [14]. С учетом анатомических особенностей бронхолегочной системы наиболее предпочтительным является восстановление проходимости бронхов методами бронхологической санации. Однако в ряде случаев возникают условия, когда их разрешение требует проведения санационных мероприятий через грудную стенку, с использованием приемов «малой легочной хирургии» [15].

Несмотря на значительные успехи в лечении, летальность при этой патологии достигает 10%, а про-

блема деструктивной пневмонии и острого абсцесса легкого освещена в настоящее время в небольших количествах работ, которые основаны на единичных наблюдениях [16—18].

Вышеперечисленное требует разработки оптимального алгоритма лечения деструктивной пневмонии и острого абсцесса легкого с использованием миниинвазивных хирургических методик, что обеспечит более раннее закрытие полостей распада в легком и сократит срок лечения больных.

Описание клинического случая

В диагностическое отделение противотуберкулезного диспансера поступил больной А. 64 лет, с жалобами на повышение температуры тела до 40°C, одышку, боли в грудной клетке слева и кровохарканье. Из анамнеза известно, что в течение 10 дней лечился на дому цефтриаксоном и левофлоксацином без эффекта. При дообследовании клинико-лабораторными, лучевыми методами был установлен диагноз: внегоспитальная пневмония, левосторонняя верхне-долевая локализация (возбудитель — *Klebsiella pneumoniae*), среднетяжелой формы, стадия неполного разрешения.

Диагноз был установлен на основании лабораторных (лейкоцитоз крови с палочкоядерным сдвигом, повышение СОЭ и С-реактивного белка), клинических (лихорадка, боли в груди, кашель и одышка), рентгенологических (в левом легком обнаружены инфильтративные изменения, бронхологически в верхне-долевом бронхе слева гнойный эндобронхит), бактериологических (рост культуры *Klebsiella pneumoniae* в смывах из бронхов) и гистологических (колликвационный некроз и лейкоцитарная инфильтрация в легочной ткани, фибрин и организация экссудата в просвете альвеол) методов исследования (рис. 1). Исследование мокроты и промывных вод бронхов на туберкулез различными методами (люминесцентная микроскопия, бактериологический посев, метод Вастес, полимеразная цепная реакция, проба Манту и «квантифероновый тест») дало отрицательный результат. Посев мокроты и биоптата легкого на грибы (*Candida* и *Aspergillus*) роста не обнаружено.

У больного выявлены следующие сопутствующие заболевания: 1) сахарный диабет 2-го типа, инсулин-зависимый, тяжелое течение, стадия декомпенсации, диабетическая полинейропатия и нефропатия с ХБП 3Б стадии; 2) атеросклероз аорты, коронарных и церебральных артерий, артериальная гипертония 3 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4 степени, хроническая сердечная недостаточность 2Б степени, 3 функциональный класс; 3) ожирение

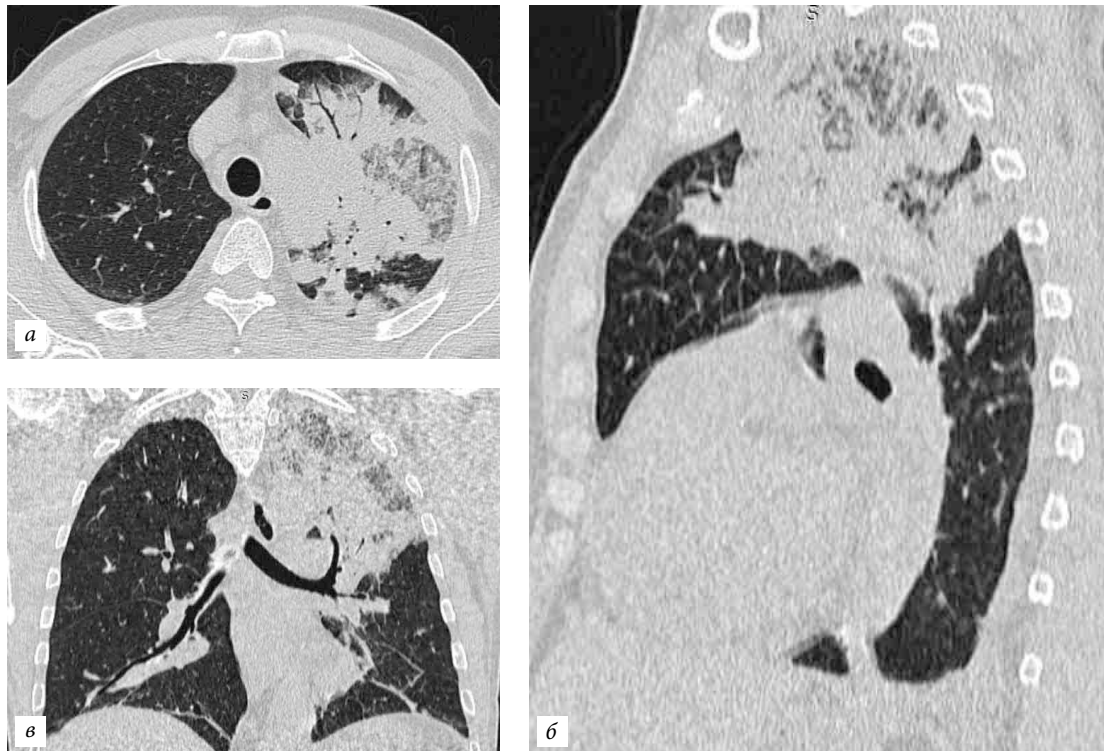


Рис. 1. Компьютерная томография органов грудной полости от 09.09.2017 г.: легочный режим — через 10 дней после первых признаков респираторного заболевания.

а — аксиальная; б — сагиттальная; в — коронарная плоскость

3 степени; 4) хроническая обструктивная болезнь легких 3 степени, смешанный (преимущественно обструктивный) тип, среднетяжелое течение, неполная ремиссия, дыхательная недостаточность 2—3 степени.

Проводилась противовоспалительная, дезинтоксикационная, муко- и бронхолитическая, общеукрепляющая и антибактериальная терапия, коррекция сопутствующей патологии. До получения результата резистогаммы из антибактериальных препаратов назначались амоксиклав и канамицин — без эффекта.

После получения роста в диагностически значимом титре культуры *Klebsiella pneumoniae* в смывах из бронхов проведен тест на чувствительность к АБП, была установлена резистентность (–) к гентамицину, амикацину, амоксиклаву, меропенему, ломефлоксацину, моксифлоксацину, ципрофлоксацину, офлоксацину и цефепиму; чувствительность (+) бактерии была сохранена только к линезолиду, погранично сохранена (+/–) — к кларитромицину. Для дальнейшего лечения пациент переведен в пульмонологическое отделение городской клинической больницы.

Продолжил стационарное лечение в течение 28 дней, из АБП получал имипенем, кларитромицин и линезолид. Лечение дополнялось гормонотерапией, бронхоскопическими санациями и небулайзерной терапией. На фоне проводимой терапии отмечена частичная положительная клиническая динамика в виде снижения температуры тела до 38°C и уменьшения болевого синдрома, кровохарканье при этом

сохранялось. Рентгенологически отмечена отрицательная динамика в виде нарастания инфильтративных изменений в левом легком, появления деструктивных изменений в верхней доле (S1-2) и в (S6) нижней доли (рис. 2).

Ввиду осложненного течения пневмонии и недостаточного эффекта от проведенной терапии для дальнейшего лечения больной направлен в торакальное отделение республиканской клинической больницы, куда явился спустя 22 дня. В течение этого времени принимал на дому народные средства.

В торакальном отделении продолжена антибактериальная (цефперазон, линезолид, кларитромицин/эритромицин) терапия, однократно выполнен бронхоальвеолярный лаваж, проведена массивная гемостатическая терапия по причине развившегося профузного легочного кровотечения с отхождением алой крови в объеме до 200 мл одновременно. Рентгенологической динамики не отмечено. Выписан на 42-е сутки в удовлетворительном состоянии для дальнейшего долечивания в поликлинике по месту жительства.

Через неделю после выписки у больного вновь появились субфебрилитет, продуктивный кашель с отхождением гнилостной мокроты с неприятным запахом в объеме до 500—800 мл/сут и кровохарканье. Самостоятельно обратился на консультацию к торакальному хирургу и был направлен в противотуберкулезный диспансер.

В конце декабря 2017 г. больной госпитализирован повторно в дифференциально-диагностическое

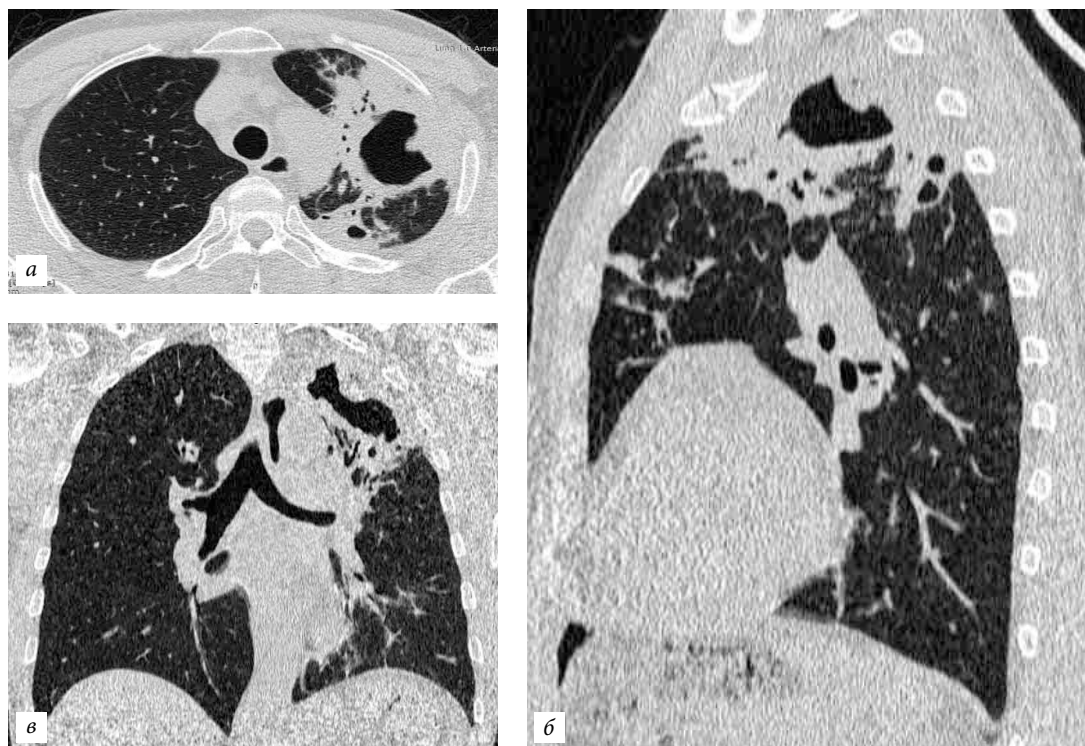


Рис. 2. Компьютерная томография органов грудной полости от 25.10.2017 г.: легочный режим — через 1,5 мес после начала лечения.

а — аксиальная; б — сагиттальная; в — коронарная плоскость.

отделение ГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер» МЗ КБР с диагнозом: множественные постпневмонические (*Klebsiella pneumoniae*) абсцессы верхней доли (S1-2) и нижней доли (S6) левого легкого в фазе обострения, среднетяжелое течение, МКБ-10 (J85.2).

На момент поступления в стационар отмечалась стабилизация сахарного диабета на фоне инсулинотерапии (сахар крови 7,8 ммоль/л). С учетом данных резистограммы сформирован режим антибиотикотерапии (доксциклин 200 мг/сут, азитромицин 500 мг/сут, линезолид 600 мг/сут), продолжена противовоспалительная и общеукрепляющая терапия.

Данные объективного осмотра: телосложение гиперстеническое, повышенного питания — масса тела 96 кг, рост 173 см (индекс массы тела 32,1 кг/м²). Кожа бледная, периферические лимфоузлы не увеличены, периферических отеков нет, температура 38,2°С. Видимые слизистые оболочки бледные. Грудная клетка правильной формы. Одышка при минимальной физической нагрузке, ЧДД 20—23 в минуту. В левом легком дыхание жесткое, в верхние отделы не проводится, слева на верхушке выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧСС — 96 уд/мин, АД — 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон. Физиологические испражнения в норме.

Данные лабораторного и инструментального обследования. В клиническом анализе крови при поступлении отмечался незначительный лейкоцитоз

($12,5 \cdot 10^9$) и анемия (Hb 99 г/л), в остальном — без существенных отклонений от нормы. В биохимическом анализе крови повышен С-реактивный белок (28 мг/л) и снижен общий белок (53,5 г/л), в остальном — без существенных отклонений от нормы.

Посев мокроты и смывов с бронхов на флору роста не дал. Спирометрия от 22.12.2017г.: ЖЕЛ в пределах нормы (4,85 л, 86%), ОФВ₁ снижен (2,32 л, 56%). Электрокардиограмма от 22.12.2017 г.: Синусовый ритм с ЧСС 70/мин, ЭОС отклонена влево, гипертрофия правого желудочка, неполная блокада ЛНПГ.

На следующие сутки после госпитализации у больного отмечен рецидив профузного легочного кровотечения объемом 300 мл (Hb 78 г/л), потребовавший проведения интенсивного курса гемостатической терапии и временной эндоскопической клапанной бронхоблокации левого верхнедолевого бронха (ВДБ) в экстренном порядке.

Фибробронхоскопия от 23.12.2017 г.: продолжающееся легочное кровотечение, источник — Б1-3 левого легкого. Левосторонний, ограниченный ВДБ, гнойный эндобронхит на фоне диффузного катарального трахеобронхита. С целью гемостаза левый ВДБ обтурирован клапанной бронхоблокатором № 13 (Медланг, рег.уд. № ФСР 2011/12768 от 28.12.2011г., Россия).

Фибробронхоскопия от 28.12.2017 г.: диффузный катаральный эндобронхит, состояние после клапанной бронхоблокации левого ВДБ, признаков легочного кровотечения нет. Бронхоблокатор удален.

Из лучевых методов исследования были выполнены: рентгенография органов грудной клетки

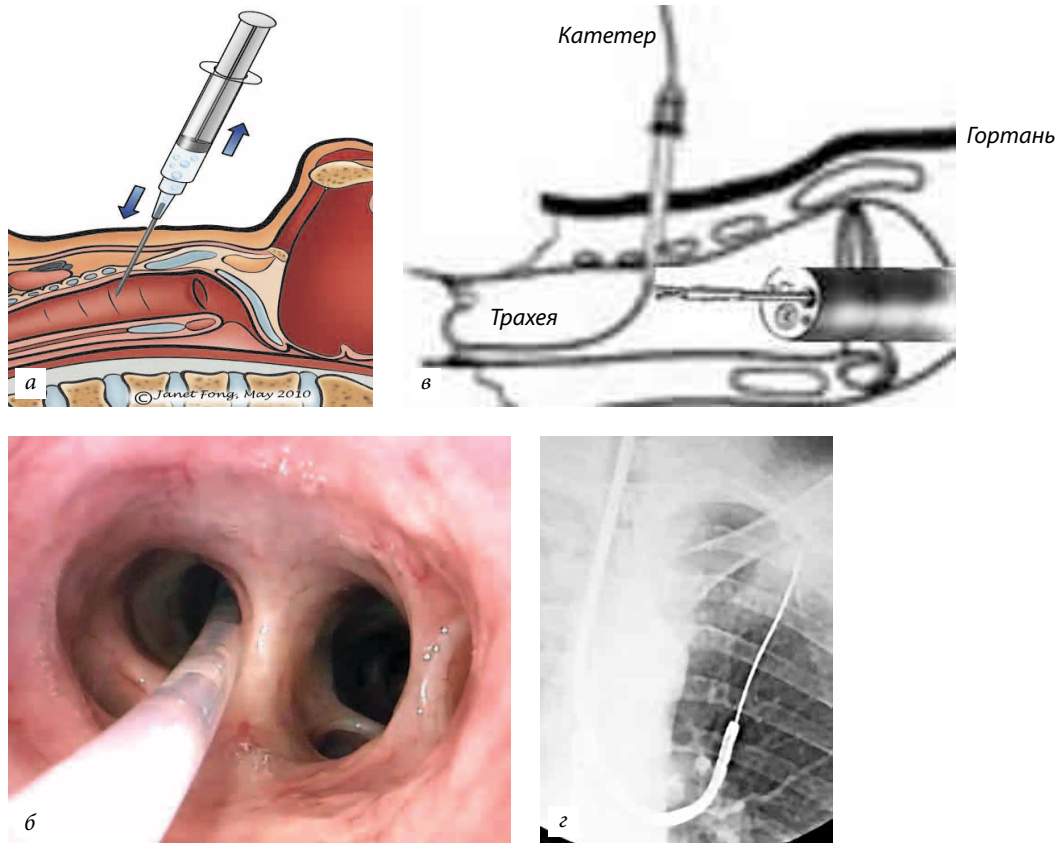


Рис. 3. Этапы операции.

a — пункция передней стенки трахеи; *б* — конец катетера захвачен эндоскопическими щипцами) и интраоперационные фото (*б* — эндифото, катетер заведен в B1-2 левого легкого; *з* — рентген-контроль положения катетера в легком).

(ОГК) в прямой и боковой проекции, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) ОГК и селективная бронхография.

На фоне месячного контролируемого лечения отмечена положительная клиническая динамика в виде уменьшения одышки, нормализации температуры тела и купирования легочного кровотечения. При динамическом рентгенологическом обследовании отмечено незначительное рассасывание и ограничение инфильтративных изменений в S6 левого легкого, сохранение деструктивных изменений в верхней доле левого легкого в прежнем объеме.

После обследования и интенсивного курса терапии тактика ведения больного обсуждена на мультидисциплинарном консилиуме. Ввиду рецидивирующего течения воспалительного процесса в левом легком и сохраняющихся полостей распада в верхней доле определены показания к проведению планового оперативного вмешательства в объеме дренирования абсцесса легкого чрезбронхиальным способом. От резекционных хирургических методов лечения решено воздержаться по причине отягощенного коморбидного фона больного и высокого риска послеоперационных осложнений.

Течение и особенности оперативного вмешательства и послеоперационного периода. Для дренирования полостей абсцесса в легком решено было использовать полимерный катетер Фогарти (КПЭТ

№ 8F/3,5—400, Россия), позволяющий провести временную окклюзию дренирующей полости бронха путем раздувания баллона, в случае возникновения профузного легочного кровотечения. С целью уменьшения дискомфорта больного при проведении санаций абсцесса, местом для введения катетера выбрано пространство между 1-м и 2-м хрящевыми полукольцами трахеи.

Одновременно с выполнением пункционной трахеостомии пациенту проведена фибробронхоскопия, при этом конец введенного через микротрахеостому катетера захвачен эндоскопическими щипцами «тип Аллигатор» и под визуальным контролем заведен в субсегментарный бронх, дренирующий полости в левом легком. При рентгеноскопическом контроле зафиксировано положение конца катетера в полости абсцесса, после чего катетер фиксирован обвивным швом к коже шеи (рис. 3).

С целью контроля положения катетера в трахеобронхиальном дереве и исключения его миграции на следующие сутки после хирургического вмешательства выполнена МСКТ ОГК (рис. 4, 5).

В отделении в течение 4 дней после операции проводились промывания полости абсцесса легкого через катетер 3 раза в день растворами хлоргексидина и фурацилина, после чего в него вводились протеолитические ферменты и муколитики. На 5-е сутки после операции пациент выписан из отделения в

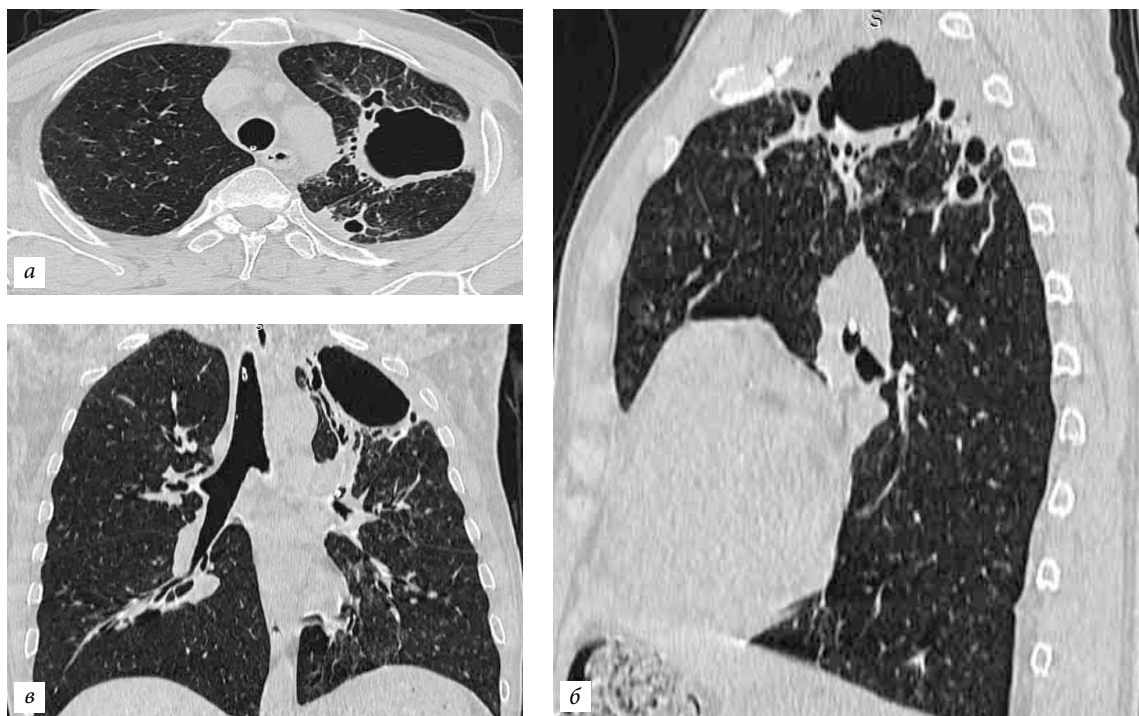


Рис. 4. Компьютерная томография органов грудной полости от 15.01.2018 г.: легочный режим — на следующие сутки после катетеризации абсцесса легкого.

а — аксиальная; *б* — сагиттальная; *в* — коронарная плоскость.

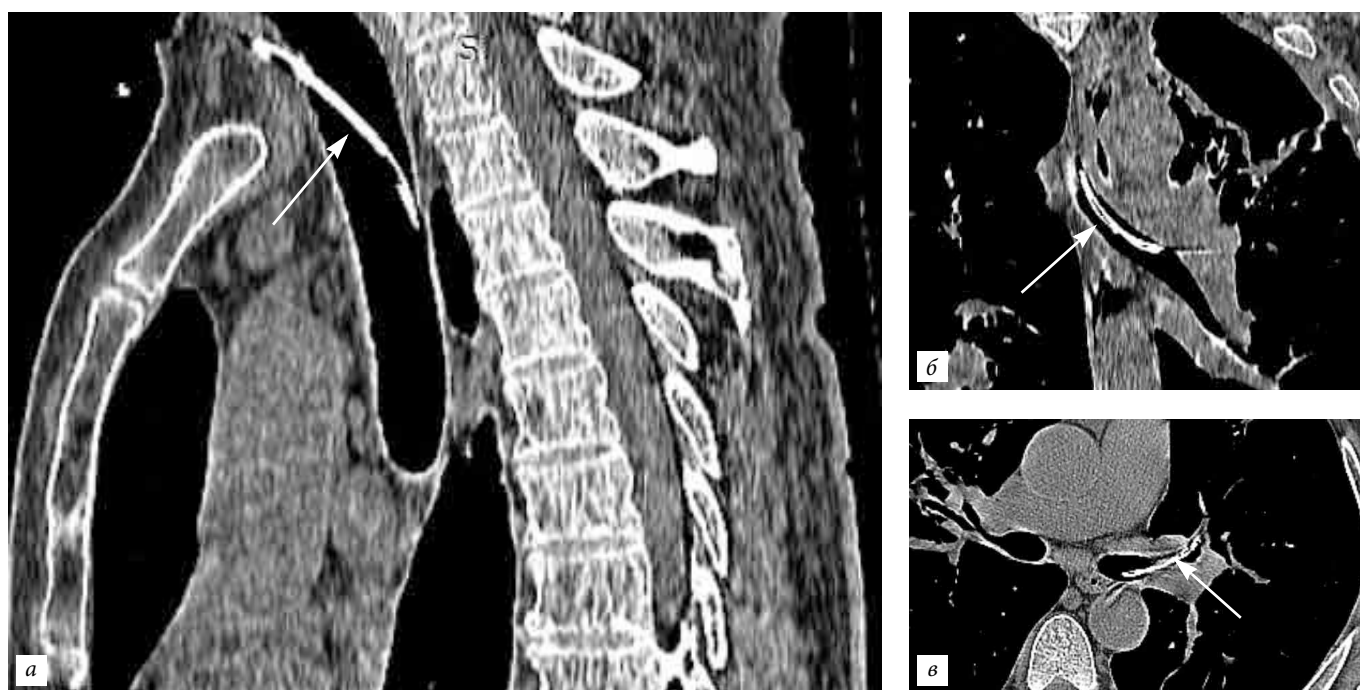


Рис. 5. Компьютерная томография органов грудной полости от 15.01.2018 г.: мягкотканый режим, стрелкой показано положение катетера в трахеобронхиальном дереве — на следующие сутки после катетеризации абсцесса легкого.

а — в трахее; *б* — в левом главном бронхе; *в* — в левом верхнедолевом бронхе.

удовлетворительном состоянии для дальнейшего амбулаторного лечения у хирурга по месту жительства, были даны четкие рекомендации по выполнению санаций и уходу за катетером.

Повторно больной обследован через 1,5 мес после катетеризации абсцесса легкого: общее состояние

удовлетворительное, жалоб не предъявляет, в течение 2 недель (со слов больного) мокрота слизистая в минимальном количестве, отмечается незначительная мацерация кожи шеи вокруг катетера. Катетер удален, больной направлен на контрольное рентгенологическое обследование.

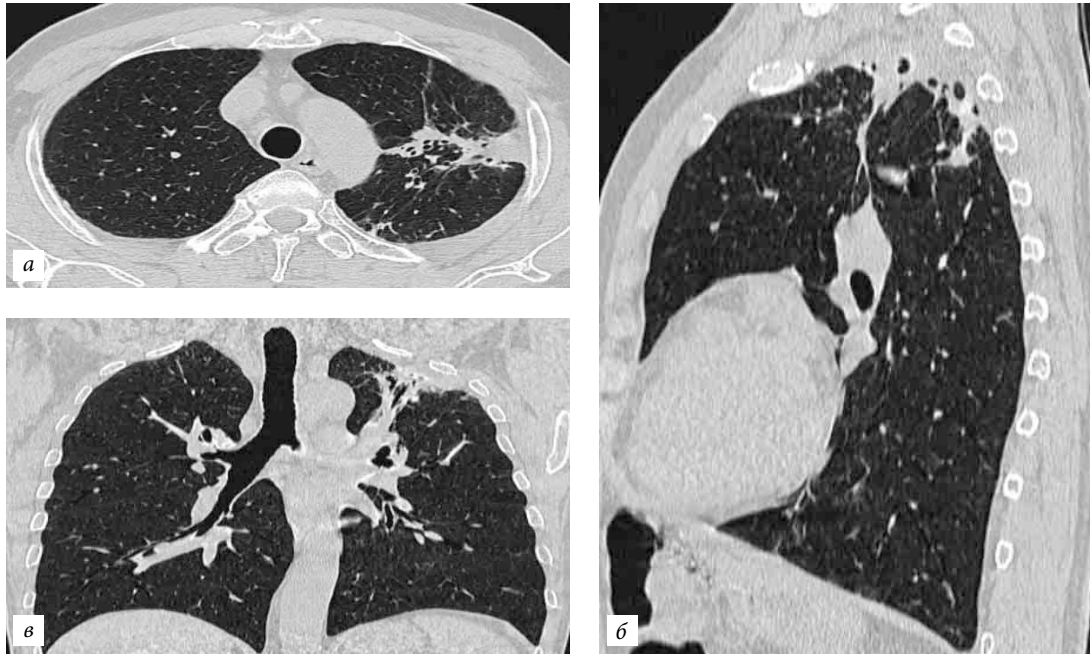


Рис. 6. Компьютерная томография органов грудной полости от 27.02.2018 г.: легочный режим — через 1,5 месяца после катетеризации абсцесса легкого.

a — аксиальная; *б* — сагитальная; *в* — коронарная плоскость.

Выполнена МСКТ ОГК, на которой отмечена положительная динамика в виде формирования грубого линейного ячеистого участка пневмофиброза в верхней доле левого легкого, закрытие полостей распада и рассасывания инфильтрации (рис. 6).

Выводы

Комплексный персонифицированный подход к лечению пациента с осложненным течением абсцедирующей пневмонии и отягощенным коморбидным фоном позволил добиться стабилизации гнойно-некротического процесса в легком путем контролируемой антибиотикотерапии и с помощью этапных миниинвазивных хирургических вмешательств.

Применение эндоскопической клапанной бронхоблокации способствовало стабильному гемостазу на пике легочного кровотечения. Выполнение следующего этапа хирургического лечения, направленного на санацию полостей в легком с их последующим закрытием, с использованием чрезтрахеобронхиальной катетеризации абсцесса на фоне эффективной комбинации антибактериальных препаратов в послеоперационном периоде в совокупности привели к успеху.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Авдеев С.Н., Тюрин И.Е., Руднов В.А., и др. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых. М.: 2014. С. 82.
2. Библиченко Т.Н., Чучалин А.Г. Заболеваемость и смертность населения России от острых респираторных вирусных инфекций, пневмонии и вакцинопрофилактика. *Терапевтический архив*. 2018;90(1):22–6.
3. Пермяков Н.К. Острые пневмонии. *Терапевтический архив*. 1988;(3):10.
4. Forest W.A., Timothy L.W., Paula P., Julio A.R. Mortality differences among hospitalized patients with community-acquired pneumonia in three world regions: results from the Community-Acquired Pneumonia Organization (CAPO) international cohort study. *Respir. Med.* 2013;107(7):1101–11.
5. Lopardo G.D., Fridman D., Raimondo E., Albornoz H., Lopardo A., Bagnulo H., et al. Incidence rate of community-acquired pneumonia in adults: a population-based prospective active surveillance study in cities in South America. *BMJ Open*. 2018;8(4):e019439. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019439
6. Rodrigues C.M.C. Challenges of empirical antibiotic therapy for community-acquired pneumonia in children. *Curr. Ther. Res. Clin. Exp.* 2017;84:e7–11. doi: 10.1016/j.curtheres.2017.01.002
7. Cillóniz C., Rodríguez-Hurtado D., Torres A. Characteristics and management of community-acquired pneumonia in the Era of Global Aging. *Med. Sci. (Basel)*. 2018;6(2):35. doi: 10.3390/medsci620035
8. Jain S., Self W.H., Wunderink R.G., Fakhran S., Balk R., Bramley A.M., et al., CDC EPIC Study Team. Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. adults. *N. Eng. J. Med.* 2015;373(5):415–27. doi: 10.1056/NEJMoa1500245
9. Vila-Corcoles A., Ochoa-Gondar O., Rodriguez-Blanco T., Raga-Luria X., Gomez-Bertomeu F., EPVAC Study Group. Epidemiology of community-acquired pneumonia in older adults: a population-based study. *Respir. Med.* 2009;103(2):309–16. doi: 10.1016/j.rmed.2008.08.006
10. Гостищев В.К., Харитонов Ю.К. Лечение острых абсцессов легких. *Русский медицинский журнал*. 2001;9(3–4):103.
11. Chalmers J.D., Singanayagam A., Murray M.P., Scally C., Fawzi A., Hill A.T. Risk factors for complicated parapneumonic effusion and empyema on presentation to hospital with community-acquired pneumonia. *Thorax*. 2009;64(7):592–7. doi: 10.1136/thx.2008.105080
12. Яцковский А.Н. Метод оценки функциональной активности клеточных ядер. *Архив анатомии, гистологии и эмбриологии*. 1987;(1):76–9.
13. Радомский В.Т., Радомский Е.В. Оценка консервативного и оперативного лечения абсцессов легких с учетом имеющихся иммунных нарушений. *Пульмонология*. 2001;(2):59–63.
14. Блашценца С. А. Методика эндоскопического дренирования острых абсцессов легких. *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. 2001;(1):36–40.

15. Баясников А.В. Торакоабсцессостомия в комплексном лечении гангренозных абсцессов и гангрены легкого: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2007: 24 с.
16. Власов П.В., Нуднов Н.В., Шейх Ж.В. Компьютерно-томографическая семиотика в пульмонологии. Медицинская визуализация. 2010;(6):75–83.
17. Кармазановский Г.Г., Старостина Н.С., Косова И.А. КТ-семиотика гнойно-деструктивных процессов в грудной клетке: показания к хирургическому лечению. М.: Видар-М.; 2012. С. 22–40.
18. Яковлев В.Н., Араблинский А.В., Шейх Ж.В., Федченко Г.Г., Дунаев А.П., Котельникова У.В., и др. Полостные и кистозные образования в легких. Медицинская визуализация. 2012;(2):44–51.

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Chuchalin A.G., Sinopal'nikov A.I., Kozlov R.S., Avdeyev S.N., Tyurin I.E., Rudnov V.A., et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of severe community-acquired pneumonia in adults [Klinicheskiye rekomendatsii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike tyazheloy vnebol'nichnoy pnevmonii u vzroslykh]. Moscow: 2014. P. 82 (in Russian).
2. Bibichenko T.N., Chuchalin A.G. Morbidity and mortality of the population of Russia from acute respiratory vital infections, pneumonia and vaccine prevention. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2018;90(1):22–6 (in Russian).
3. Permyakov N.K. Acute pneumonia. *Terapevticheskiy arkhiv*. 1988;(3):10 (in Russian).
4. Forest W.A., Timothy L.W., Paula P., Julio A.R. Mortality differences among hospitalized patients with community-acquired pneumonia in three world regions: results from the Community-Acquired Pneumonia Organization (CAPO) international cohort study. *Respir. Med.* 2013;107(7):1101–11.
5. Lopardo G.D., Fridman D., Raimondo E., Albornoz H., Lopardo A., Bagnulo H., et al. Incidence rate of community-acquired pneumonia in adults: a population-based prospective active surveillance study in cities in South America. *BMJ Open*. 2018;8(4):e019439. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019439
6. Rodrigues C.M.C. Challenges of empirical antibiotic therapy for community-acquired pneumonia in children. *Curr. Ther. Res. Clin. Exp.* 2017;84:e7–11. doi: 10.1016/j.curtheres.2017.01.002
7. Cillóniz C., Rodríguez-Hurtado D., Torres A. Characteristics and management of community-acquired pneumonia in the Era of Global Aging. *Med. Sci. (Basel)*. 2018;6(2):35. doi: 10.3390/medsci6020035
8. Jain S., Self W.H., Wunderink R.G., Fakhran S., Balk R., Bramley A.M., et al., CDC EPIC Study Team. Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. adults. *N. Eng. J. Med.* 2015;373(5):415–27. doi: 10.1056/NEJMoa1500245
9. Vila-Corcoles A., Ochoa-Gondar O., Rodriguez-Blanco T., Raga-Luria X., Gomez-Bertomeu F., EPVAC Study Group. Epidemiology of community-acquired pneumonia in older adults: a population-based study. *Respir. Med.* 2009;103(2):309–16. doi: 10.1016/j.rmed.2008.08.006
10. Gostishchev V.K., Kharitonov Yu.K. Treatment of acute lung abscesses. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2001;9(3–4):103 (in Russian).
11. Chalmers J.D., Singanayagam A., Murray M.P., Scally C., Fawzi A., Hill A.T. Risk factors for complicated parapneumonic effusion and empyema on presentation to hospital with community-acquired pneumonia. *Thorax*. 2009;64(7):592–7. doi: 10.1136/thx.2008.105080
12. Yatskovskiy A.N. Method for assessing the functional activity of cell nuclei. *Arkhiv anatomii, gistologii i embriologii*. 1987;(1):76–9 (in Russian).
13. Radomskiy V.T., Radomskiy E.V. Evaluation of conservative and surgical treatment of lung abscesses taking into account the existing immune disorders. *Pul'monologiya*. 2001;(2):59–63 (in Russian).
14. Blashentseva S.A. Technique of endoscopic drainage of acute lung abscesses. *Grudnaya i serdechno-sosudistaya khirurgiya*. 2001;(1):36–40 (in Russian).
15. Balyasnikov A.V. Thoracoabscessostomy in the complex treatment of gangrenous abscesses and lung gangrene: Dis. Cand. Med. Sci. [Torakoabstessostomiya v kompleksnom lechenii gangrenoznykh abstessov i gangreny legkogo: Avtoref. diss. kand. med. nauk.]. Moscow: 2007: 24 p. (in Russian).
16. Vlasov P.V., Nudnov N.V., Sheykh Zh.V. Computer tomographic semiotics in pulmonology. *Meditsinskaya vizualizatsiya*. 2010;(6):75–83 (in Russian).
17. Karmazanovskiy G.G., Starostina N.S., Kosova I.A. CT-semiotics of purulent-destructive processes in the chest: indications for surgical treatment [KT-semiotika gnoyno-destruktivnykh protsessov v grudnoy kletke: pokazaniya k khirurgicheskomu lecheniyu]. Moscow: Vidar-M.; 2012. P. 22–40 (in Russian).
18. Yakovlev V.N., Arablinskiy A.V., Sheykh Zn.V., Fedchenko G.G., Dunaev A.P., Kotel'nikova U.V., et al. Cavity and cystic formations in the lungs. *Meditsinskaya vizualizatsiya*. 2012;(2):44–51 (in Russian).

Корнилова Е. Б.¹, Холонья-Волоскова М. Э.^{1,2}, Корнилов М. Н.³, Завьялов А. А.¹ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТРАТЕГИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ГЕПАТИТОМ С В ГОРОДЕ МОСКВЕ¹ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;²Medical University of Warsaw, 02-091, Warsaw, Poland;³Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 101000, г. Москва

Цель — оценить экономическую эффективность различных вариантов лекарственного обеспечения пациентов с хроническим вирусным гепатитом С препаратами прямого противовирусного действия.

Проведен анализа данных Департамента здравоохранения г. Москвы о лекарственном обеспечении пациентов с хроническим гепатитом С препаратами противовирусной терапии за счет бюджетных средств в Москве. Выполнен расчет прямых медицинских затрат городской системы здравоохранения на применение препаратов прямого противовирусного действия за 2017—2019 гг.

За 2017—2019 гг. 6936 пациентов с хроническим гепатитом С получили лекарственное обеспечение препаратами противовирусной терапии за счет бюджетных средств в г. Москве. Отмечен прирост числа пациентов по сравнению с базовым (2017) годом на 76%, а также нарастание объема безинтерфероновых наборов противовирусной терапии на фоне роста расходов бюджета на 212%. Средний уровень стоимости для всех наборов с препаратами прямого противовирусного действия составил 689 844 руб. Наиболее часто использован набор Dac+Asu. Средняя стоимость данного набора в расчете на одного пролеченного пациента в рамках противовирусной терапии первой линии оказалась на 58 899 руб. дешевле набора 3D и на 58 861 руб. дороже набора Grz/Elb, в то время как потребность в повторном лечении для набора Dac+Asu составила 8,4%, а для наборов 3D, Grz/Elb и Gle/Pib — 0,58, 0 и 0% соответственно. Еще большее превышение средней стоимости зарегистрировано у наборов Sof+Dac, Sof+Sim, что закономерно влекло превышение затрат на лечение одного пациента при данном распределении наборов лечения и финансовых ресурсов на 253 236 и 189 173 руб. соответственно (в 1,36 и 1,27 раза больше, чем средняя стоимость всех цен наборов противовирусной терапии). Наиболее часто повторно лекарственное обеспечение получали пациенты, которые исходно были обеспечены набором Sof (33%), на втором месте — Sim/Dac (18,6%), 8,4% случаев повторного лекарственного обеспечения зарегистрировано у пациентов, получивших набор Dac+Asu в качестве первой линии терапии. Затраты бюджета на вторую и последующие наборы терапии возросли на 92 739 115,30 руб.

К л ю ч е в ы е с л о в а : хронический гепатит С; HCV-инфекция; устойчивый вирусологический ответ; препараты прямого противовирусного действия; противовирусная терапия; экономическая эффективность; лекарственное обеспечение; прямые медицинские затраты; анализ влияния на бюджет; фармакоэкономика; фармакоэкономический анализ.

Для цитирования: Корнилова Е. Б., Холонья-Волоскова М. Э., Корнилов М. Н., Завьялов А. А. Оценка экономической эффективности стратегии лекарственного обеспечения больных гепатитом С в городе Москве. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1154—1161. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1154-1161>

Для корреспонденции: Корнилова Екатерина Борисовна, ведущий научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» ДЗМ; e-mail: ekaterinakornilova2017@gmail.com

Kornilova E. B.¹, Holovnyia-Voloskova M. E.^{1,2}, Kornilov M. N.³, Zavyalov A. A.¹ASSESSMENT OF THE ECONOMIC EFFICIENCY OF THE DRUG SUPPLY STRATEGY FOR PATIENTS
WITH HEPATITIS C IN THE CITY OF MOSCOW¹State Budgetary Institution «Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department», 115184, Moscow, Russian Federation;²Medical University of Warsaw, 02-091, Warsaw, Poland;³National Research University Higher School of Economics, 101000, Moscow, Russian Federation

Evaluate the cost-effectiveness of various options for the supply of direct antiviral agents for patients with chronic viral hepatitis C.

An analysis of the data of Moscow Department of Health on the drug supply of patients with chronic hepatitis C antiviral drugs at the expense of budgetary funds in Moscow was carried out. The direct medical costs of the urban healthcare system for the use of direct antiviral action drugs for the period from 2017 to 2019 were calculated.

For the period from 2017 to 2019, 6,936 patients with chronic hepatitis C received medication with antiviral drugs at the expense of budget funds in Moscow. An increase in the number of patients compared to the base (2017) year was noted by 76%, as well as an increase in the volume of interferon-free antiviral therapy sets against the background of an increase in budget expenditures by 212%. The average level of cost for all sets with direct antiviral drugs amounted to 689,844 rub. The most commonly used set is Dac + Asu. The average cost of this set per patient treated as part of the first-line antiviral therapy was 58,899 rub. cheaper than a set of 3D, and 58,861 rub. more expensive than the Grz/Elb set, while the need for retreatment for the Dac + Asu set was 8.4%, and for the 3D, Grz/Elb and Gle/Pib sets, 0.58%, 0% and 0%, respectively. An even greater excess of the average was recorded for the Sof + Dac, Sof + Sim sets: which naturally entailed the excess of the costs of treating one patient with this distribution of treatment sets and financial resources by 253,236 rub. and 189,173 rub., respectively, which is 1.36 and 1, 27 times the average cost of all prices for antiviral treatment sets. Most often, re-medication was provided to patients who were initially provided with Sof set (33%), followed by Sim + Dac set (18.6%), 8.4% of re-medication cases were registered in patients who received Dac + Asu set as the first line of therapy. Budget costs for the second and subsequent sets of therapy increased by 92,739,115.30 rub.

К е y o r d s : chronic hepatitis C; HCV infection; sustained virologic response; direct antiviral agents; antiviral therapy; cost-effectiveness; drug supply; direct medical costs; budget impact analysis; pharmacoeconomics; pharmacoeconomic analysis.

For citation: Kornilova E. B., Holovnya-Voloskova M. E., Kornilov M. N., Zavyalov A. A. Assessment of the economic efficiency of the drug supply strategy for patients with hepatitis c in the city of Moscow. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1154—1161 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1154-1161>

For correspondence: Ekaterina Kornilova, Leading Researcher, State Budgetary Institution “Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Moscow City Health Department,” e-mail: ekaterinakornilova2017@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020

Accepted 29.07.2020

Введение

Хронический вирусный гепатит С (ХГС) относится к социально значимым инфекционным заболеваниям, борьба с которым Всемирной организацией здравоохранения определяется как одна из ключевых целей устойчивого развития¹. Ведущие мировые державы, включая Россию, признали вирусный гепатит в качестве одного из международных приоритетов общественного здравоохранения, включив его в задачу 3.3 глобальной стратегии на период до 2030 г. Однако мировая озабоченность далеко не везде реализовалась в практические мероприятия в секторе общественного здоровья. Не многие страны имеют национальные стратегии и планы по борьбе с гепатитом, еще меньше стран имеют запланированные финансовые обязательства в данной сфере. На протяжении последних лет в Москве уделяется значительное внимание лечению ХГС как социально значимой и потенциально излечимой с одной стороны, и высокочрезвычайно затратной, инвалидизирующей и смертельной без этиотропного лечения — с другой [1—4].

С момента появления в клинической практике лекарственных препаратов (ЛП) прямого противовирусного действия (ППВД) многочисленными клиническими исследованиями показано преимущество безинтерфероновых схем (БЕЗИНФ) противовирусной терапии (ПВТ), позволяющих достичь клинической эффективности (элиминации вируса гепатита С — HCV) практически в 100% случаев [5—7]. Сегодня можно констатировать, что множество ЛП, зарегистрированных на фармацевтическом рынке, дают врачу возможность выбора наилучшего протокола ПВТ, а пациенту — возможность комфортного и быстрого излечения хронической HCV-инфекции.

Однако при понятной и зачастую предсказуемой клинической эффективности проводимого лечения для систем здравоохранения важное значение приобретает экономическая эффективность того или иного варианта ПВТ. Современные исследования демонстрируют модели, при которых использование дорогостоящих ЛП может привести к «разрушительным» последствиям для бюджета системы здравоохранения [8]. Одновременно с этим ограниченная лекарственная интервенция ППВД при превышении возможного предельного объема пролеченных пациентов не позволит получить запланированный эпидемиологический эффект [9].

Опасения по поводу закономерного роста расходов на лекарственную терапию ХГС ППВД и их влияния на бюджет системы здравоохранения определяют необходимость применения методов фармакоэкономического анализа для принятия сбалансированных и аргументированных решений [10].

Цель исследования — оценить экономическую эффективность различных вариантов лекарственного обеспечения пациентов с ХГС, ППВД.

Материалы и методы

В исследование включены все наблюдения за период с 2017 по 2019 г., характеризующиеся получением ПВТ ХГС по данным Департамента здравоохранения г. Москвы, а именно 6936 уникальных получателей ЛП ПВТ для лечения ХГС.

Для проведения анализа из корзины выписанных и выданных ЛП были сформированы наборы, соответствующие протоколам ПВТ, определенным и рекомендованным к применению клиническими рекомендациями по лечению ХГС, разработанные Национальным научным обществом инфекционистов России, а также Европейской ассоциацией изучения заболеваний печени [11]. Все наименования, из которых было невозможно однозначно сформировать наборы лекарственной терапии, соответствующие вышеуказанным критериям, обозначены Grey. Выделенные нами наборы ПВТ представлены в табл. 1.

Длительность лекарственного обеспечения тем или иным набором ЛП позволила сформировать линии проведенной ПВТ — 1—4-я линии (1-я или повторные попытки лечения). Критерием перехода с одной линии ПВТ к другой явилось изменение со-

Таблица 1

Наборы ПВТ

Набор	Состав
Inf+Rib	Пегинтерферон-альфа 2a/Пегинтерферон-альфа 2b/Цепегинтерферон-альфа2b + Рибавирин
TripleSim	Симепревив + Интерферон-альфа2 + Рибавирин
TripleNarla	Нарлапревив + Интерферон-альфа2 + Рибавирин
Dac+Asu+Inf	Даклатасвир + Интерферон-альфа2 ± Асунапревив ± Рибавирин
Dac+Asu	Даклатасвир + Асунапревив ± Рибавирин
3D	Дасабувир; Омбитасвир + Паритапревив + Ритонавир ± Рибавирин
Sof+Sim	Софосбувир + Симепревив ± Рибавирин
Sof	Софосбувир + Рибавирин
Sof+Dac	Софосбувир + Даклатасвир ± Рибавирин
Sim+Dac	Симепревив + Даклатасвир ± Рибавирин
Gle/Pib	Глекапревив + Пибрентасвир ± Софосбувир ± Рибавирин
Grz/Elb	Гразопревив + Элбасвир ± Софосбувир ± Рибавирин
Grey	«Серая» схема

¹ World Health Organization WHO global health sector strategy on viral hepatitis 2016—2021. 2016.

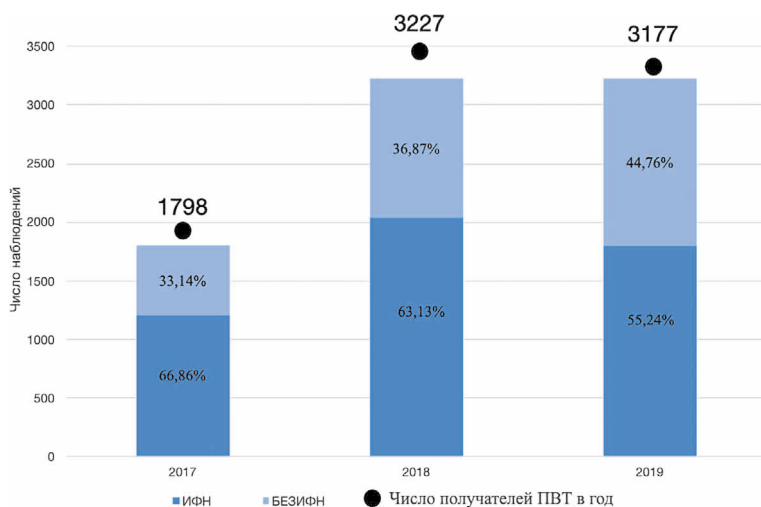


Рис. 1. Количество и распределение получателей наборов ЛП ПВТ в 2017—2019 гг.

става набора противовирусных ЛП в каждом уникальном случае наблюдения.

Анализ затрат проводился с позиции плательщика — Департамента здравоохранения г. Москвы. Учитывались прямые медицинские затраты: стоимость ЛП для ПВТ ХГС. Расчет затрат на ЛП производился на основе зарегистрированной цены покупки (включая НДС 10%) ЛП в данный промежуток времени. Произведен расчет средней цены каждого набора путем вычисления среднего значения сумм цен всех препаратов, входящих в данный набор, всех уникальных записей базы данных. Для сравнения экономической эффективности различных наборов нами рассчитаны затраты на лечение одного пациента каждым из наборов. Одним из приоритетов современной ПВТ является максимально быстрое излечение значительного объема популяции пациентов с ХГС, позволяющее избежать повторного назначения препаратов ПВТ. В связи с этим нами была рассчитана медианная стоимость лечения одного пациента каждым набором с учетом возможной последующей ПВТ.

Результаты

На основании данных Департамента здравоохранения города Москвы выявлено, что за 2017—2019 гг. противовирусными препаратами в г. Москве было обеспечено 6936 уникальных пациента. По сравнению с 2017 г. число пациентов, получивших в Москве лекарственное обеспечение, возросло в 2019 г. на 76%. В зависимости от присутствия ЛП пегилированного интерферона-альфа в сформированном наборе ПВТ все записи разделены на две группы: с использованием интерферона — 4112 (59,65%) наборов, без использования интерферо-

на — 2824 (40,34%) набора. В динамике отмечено нарастание объема БЕЗИФН ЛП на фоне снижения интерферонсодержащих (ИФН) (рис. 1).

За 2017—2019 гг. существенно вырос расход бюджета на наборы БЕЗИФН ПВТ, который составил 212%, в то время как рост числа пациентов, получивших лекарственное обеспечение, составил только 142% (рис. 2).

Многочисленные исследования последних лет продемонстрировали высокую клиническую эффективность БЕЗИФН-схем терапии HCV-инфекции, что определило общемировой тренд применения БЕЗИФН-протоколов ПВТ ХГС. В связи с этим в дальнейший анализ нами включен набор данных, соответствующий протоколам ПВТ ППВД. Выполнено ранжирование числа пациентов, получивших лекарственное обеспечение, и затрат бюджета (в % от общего числа наблюдений и общего числа затрат на один и тот же набор ЛП ПВТ) (рис. 3).

Наибольшее число пациентов (39,97%) было обеспечено набором Dac+Asu, при этом в структуре финансовых затрат на данный набор приходится 34,44%. Сопоставимость по части обеспечения пациентов и затратам бюджета демонстрируют наборы Sof, Sim+Dac, Grz/Elb, Gle/Pib. Соотносимые показатели обеспечения пациентов и затрат бюджета (17,32 и 18,24% соответственно) наблюдаются в наборе 3D. Значительные расхождения затрат и числа пациентов, получивших лекарственное обеспечение, отмечены в наборах Sof+Sim, Sof+Dac в сторону преобладания затрат 11,46 против 14,84% и 15,56 против 21,53% соответственно. Набор Grey, ввиду наличия разнообразия «неполных» составляющих при доле лекарственного обеспечения пациентов около 5%, составляет до 1,72% расходов бюджета, однако, как будет показано далее, в последующем затраты бюджета значительно возрастают за счет необходимости повторного лечения.

Среди всех наблюдений наибольший вес в структуре первично назначаемых наборов имеет набор Dac+Asu (39,97%), на 2-м месте находится набор 3D

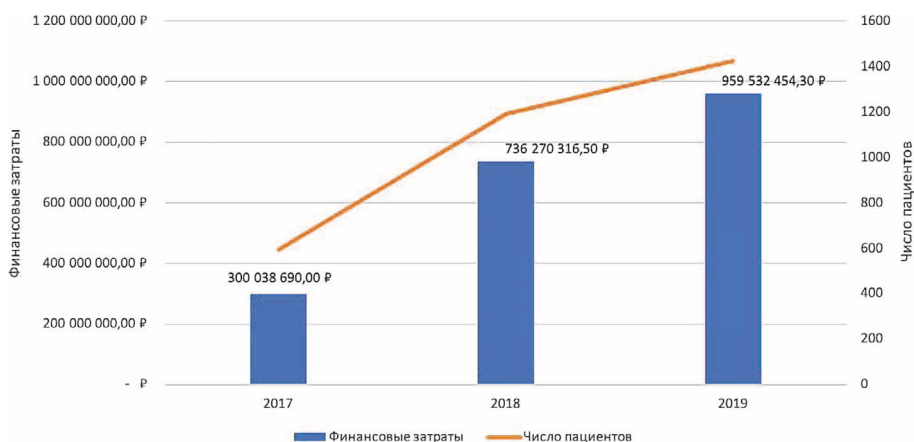


Рис. 2. Изменение реальных затрат бюджета на наборы ЛП БЕЗИФН ПВТ и количества пациентов за 2017—2019 гг.

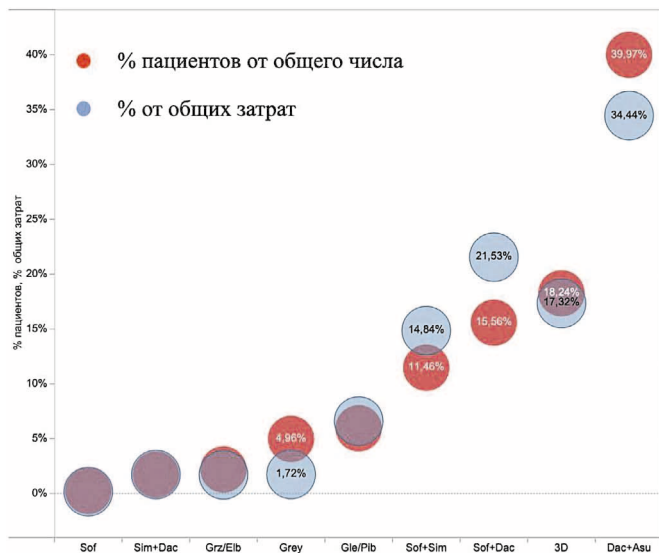


Рис. 3. Соотношение относительных величин пациентов, получивших лекарственное обеспечение наборами ЛП ПВТ, и финансовых затрат.

Ввиду того, что пациент получает лекарственное обеспечение повторно, набор препаратов, вошедших во 2-ю линию, несколько шире, чем в 1-й. Чаще

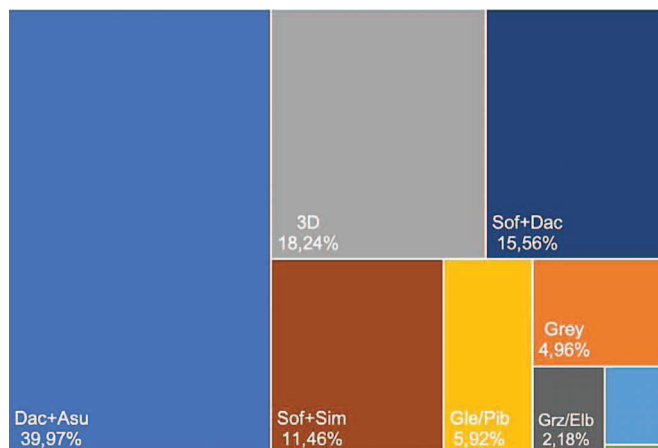


Рис. 4. Распределение наборов ЛП ПВТ 1-й линии.

(18,24%), далее следуют Sof+Dac и Sof+Sim — 15,56 и 11,46% соответственно (рис. 4).

Исходя из реальных данных, нами рассчитана средняя стоимость набора ЛП на одного пациента (включены только уникальные записи, которые не повторяются в повторном назначении). Среди всех вариантов наборов определены средние затраты на проведение ПВТ у одного пациента, что составило 689 844 руб. (включая НДС). Исходя из этого показателя все наборы распределены выше или ниже предполагаемого «оптимума» (рис. 5).

Наименьшие затраты при первой попытке наблюдаются для наборов Sof, Grz/Elb, Dac+Asu и 3D, что позволяет снизить затраты на приобретение схемы на одного пациента на 186 042 и 163 271 руб., 104 410 и 45 511 руб. соответственно. Дальше от средней цены расположены наборы Sof+Dac, Sof+Sim. Превышение затрат на лечение одного пациента при данном распределении схем лечения и финансовых ресурсов составляет 253 236 и 189 173 руб. соответственно, что в 1,36 и 1,27 раза больше, чем средняя стоимость всех цен наборов ПВТ.

Анализ корзины выписанных и выданных ЛП демонстрирует, что наибольшие финансовые затраты наблюдаются на 2-й и последующих линиях терапии (рис. 6).

Наибольшая разница затрат между 1-й и последующей линиями ПВТ ППВД наблюдается для набора Grey — 4,61 раза, на 2-м и 3-м месте находятся наборы Sof и 3D с разницей в 2,23 и 2,79 раза соответственно (рис. 7).

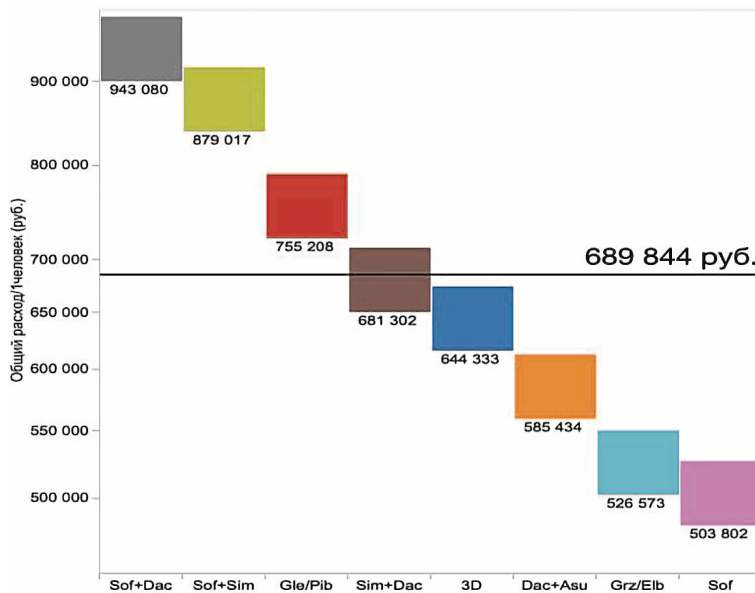


Рис. 5. Средняя стоимость набора ЛП ПВТ 1-й линии.

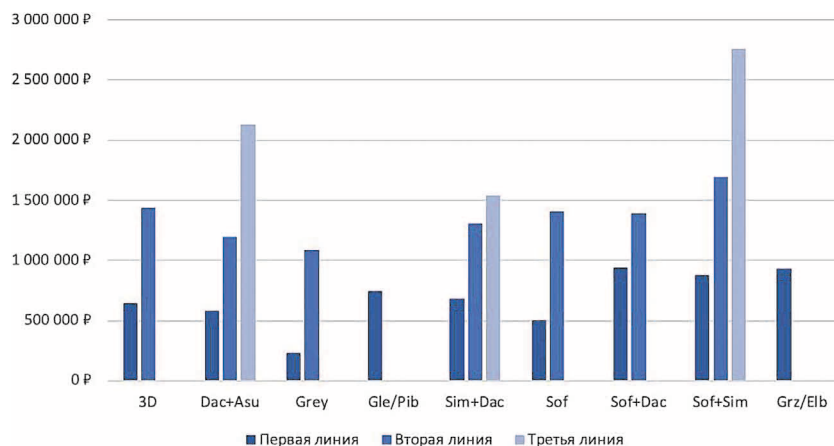


Рис. 6. Стоимость 1-й и последующих линий ПВТ ППВД в расчете на одного пациента.



Рис. 7. Разница между стоимостью 1-й и последующих линий ПВТ ППВД.

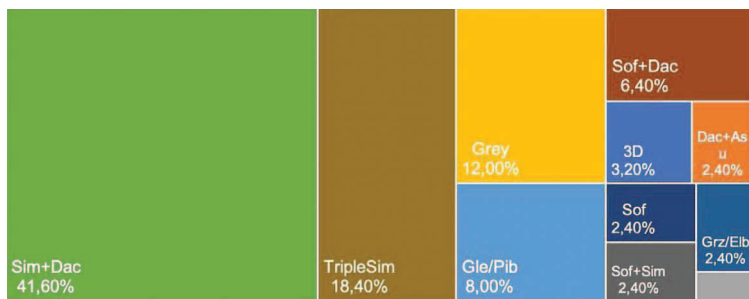


Рис. 8. Распределение наборов ЛП ПВТ 2-й линии.

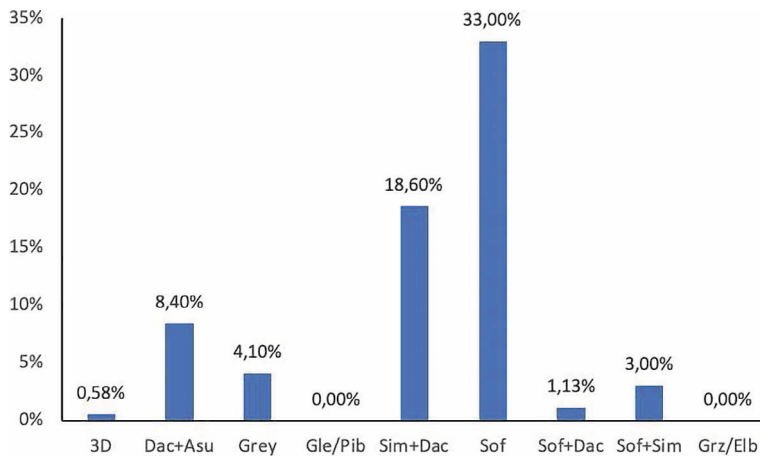


Рис. 9. Частота повторного назначения ПВТ ППВД.

В структуре повторно назначаемых наборов наибольший вес имеет набор Sim+Dac (41,6%). Вторым по частоте назначения в качестве набора 2-й линии терапии (после первой безИФН) оказался ИФН набор TripleSim с частотой назначения 18,4%. На 3-м и 4-м местах находились наборы Grey (12%) и Gle/Pib (8%).

В зависимости от исходного набора препаратов ПВТ ХГС (1-я линия ПВТ) была проанализирована частота повторного назначения препаратов ПВТ ХГС, которая в среднем составила 7,65% (рис. 9). Наиболее часто повторно лекарственное обеспечение получали пациенты, которые исходно были обеспечены набором Sof (33%), на 2-м месте — получившие лекарственное обеспечение Sim/Dac (18,6%), 8,4% случаев повторного лекарственного обеспечения зарегистрировано у пациентов, получивших набор Dac+Asu в качестве 1-й линии терапии. Третья и 4-я линии терапии проводились у небольшой популяции (15 и 2 пациента), при этом в 25% 3-й линии и 100% случаев 4-й линии назначались препараты схем Gle/Pib и Grz/Elb. Пролеченные 4 раза пациенты на заключительном этапе получали Gle/Pib в сочетании с софосбувиром.

Увеличение числа проведенных попыток ПВТ не только значительно усложняет реше-

встречалось дополнительное назначение рибавирина, а в схеме Gle/Pib присутствовал Софосбувир, что очевидно увеличивает стоимость лечения для достижения излечения клинически сложного больного.

Все случаи повторного лекарственного обеспечения, т. е. повторных линий ПВТ ППВД, за исследуемый временной диапазон были определены и проанализированы. Среди получателей БЕЗИНФ наборов ПВТ повторное назначение было сделано в 129 случаях. Ввиду небольшого числа пациентов, получивших лекарственное обеспечение ППВД повторно, ранжирование не проводилось. Спектр вариантов 2-й линии ПВТ представлен на рис. 8.

Таблица 2

Затраты бюджета при 1-й линии ПВТ и при перелечивании

Набор	Затраты на 1-ю линию ПВТ, руб.	Затраты с учетом перелечивания, руб.	Дельта, руб.
3D	329 254 367,75	332 423 890,55	3 169 522,80
Dac+Asu	655 100 985,56	722 771 919,06	67 670 933,50
Grey	32 779 033,40	37 781 187,76	5 002 154,36
Gle/Pib	125 364 470,84	125 364 470,84	—
Sim+Dac	32 702 488,15	37 864 107,98	5 161 619,83
Sof	3 022 811,11	5 731 774,99	2 708 963,88
Sof+Dac	409 296 736,44	411 524 921,70	2 228 185,26
Sof+Sim	282 164 391,08	288 962 126,75	6 797 735,67
Grz/Elb	32 120 971,68	32 120 971,68	—
Всего...	1 901 806 256,01	1 994 545 371,31	92 739 115,30

ние вопроса о перспективности последующего лечения и вероятности достижения устойчивого вирусологического ответа, но и значительно увеличивает накопленные затраты на лечение пациента, что, в свою очередь, приводит к возрастанию нагрузки на бюджет системы здравоохранения (табл. 2). Так, расчеты показали, что затраты бюджета на 2-ю и последующие линии терапии увеличиваются на 92 739 115,30 руб.

Обсуждение

Общемировая практика лекарственного обеспечения больных ХГС за счет государственных средств — это прагматичный выбор ЛП для лечения ХГС из достаточно разнообразного спектра, основанный на результатах как клинической, так и экономической эффективности [12]. До 2015—2016 гг. большинство возмещаемых государствами программ ПВТ ХГС включали интерферонсодержащие схемы, и лишь с 2016—2017 гг. появились возмещаемые схемы лекарственного обеспечения, содержащие только ППВД [12, 13]. Данные схемы ПВТ ХГС демонстрируют высокий уровень клинической эффективности (частота достижения устойчивого вирусологического ответа в популяции наивных пациентов у ряда схем достигает 100%), однако они имеют высокую стоимость входящих в них компонентов [14].

В Москве с 2016 г. функционирует целевая региональная программа, направленная на повышение качества оказания медицинской помощи жителям Москвы, страдающим ХГС, снижение смертности от инфекционных заболеваний, вместе с этим в столице лекарственное обеспечение льготных категорий граждан производится по федеральной льготе².

Отличием настоящего исследования от аналогичных работ или рандомизированных контролируемых исследований был расчет реальных затрат Департамента здравоохранения г. Москвы на лекарственное обеспечение ПВТ всех пациентов с ХГС и их ретроспективный анализ [15, 16].

В ходе нашей работы мы подтвердили соответствие лекарственного обеспечения в Москве практикам экономически высоко развитых стран, продемонстрировав стойкое увеличение доли БЕЗИНФ-протоколов ПВТ над ИФН-протоколами за трехлетний период [17]. Вместе с этим проведенный нами анализ продемонстрировал закономерное увеличение затрат на лекарственное обеспечение ЛП ПВТ пациентов с ХГС на 212% ввиду увеличения доли дорогостоящих препаратов и числа пациентов на 142%. Выявленная неравномерность в увеличении затрат и числа пациентов подчеркивает необходимость поиска парето-эффективного состояния системы, в котором эпидемиологическая цель будет достижима, а клиническая и экономическая эффективность будут находиться в оптимуме [18].

Нами отдельно выделена и проанализирована группа пациентов, получивших ПВТ один раз (первичная терапия HCV-инфекции), и ее финансовое обеспечение [19]. Так за 2017—2019 гг. наибольшее число пациентов (39,97%) получили лекарственное обеспечение набором Dac+Asu, при этом в структуре финансовых затрат на данный набор приходится всего 34,44%. Вместе с этим продемонстрирована сопоставимость по части пролеченных пациентов и затратам бюджета в наборах Sof, Sim+Dac, Grz/Elb, Gle/Pib, 3D. Значительные расхождения затрат и числа пролеченных пациентов отмечены в наборах Sof+Sim, Sof+Dac в сторону преобладания затрат (11,46 и 15,56%) над объемом пролеченной популяции (14,84 и 15,56% соответственно). Особое внимание обратил на себя набор Grey — при доле обеспеченных им пациентов около 5% он составляет до 1,72% расходов бюджета, однако наибольшая разница затрат между 1-й и последующей попытками ПВТ ППВД (4,61 раза) наблюдается именно в группе пациентов, обеспеченных набором Grey, что увеличивает затраты бюджета за счет повторных линий ПВТ.

Из всех наборов ПВТ ППВД ХГС нами определен средний уровень стоимости для всех наборов ЛП на одного пациента при 1-й линии ПВТ ХГС ППВД, который составил 689 844 руб. (включая НДС), превышение данного показателя ассоциируется с избыточными расходами бюджета при наличии более доступных альтернатив. Исходя из этого показателя все наборы ПВТ ППВД ХГС нами распределены выше или ниже предполагаемого «оптимума» для поиска парето-эффективного соотношения.

Наименьшие затраты на лекарственное обеспечение 1-й линии ПВТ наблюдаются для наборов Sof, Grz/Elb, Dac+Asu и 3D, что позволяет снизить затраты на приобретение схемы на одного пациента на 186 042 и 163 271 руб., 104 410 и 45 511 руб. соответственно. Вместе с тем в 33% случаев набор Sof требовал повторного назначения (2, 3, 4-я линии) ПВТ, что в среднем увеличивало затраты бюджета в 2,79 раза. Набор Dac+Asu требовал повторного назначения ПВТ в 8,4% случаев, что приводило к увеличению затрат бюджета в 2,04 раза. Эффективность использования данного набора в расчете на одного пациента не так значима — на 58 899 руб. дешевле набора 3D и на 58 861 руб. дороже набора Grz/Elb.

Наибольшее отклонение от средней цены зафиксировано у наборов Sof+Dac, Sof+Sim, что усугублялось частотой потребности в повторном назначении ПВТ при первичном лекарственном обеспечении данными наборами (1,3 и 3%) и увеличивало затраты бюджета в 1,48 и 1,93 раза соответственно. Отклонение от средней цены зафиксировано у набора Gle/Pib на 65 364 руб., но на сегодняшний день данный набор ЛП ПВТ ХГС ППВД еще ни разу не требовал повторного назначения (2, 3, 4-я линии/попытки лечения) ПВТ, что может быть связано не только с его недавней регистрацией на отечественном рынке и накоплением опытом практического применения, но и с исключительной пангенотипной эффективностью у разных групп пациентов. Вместе с этим медианная

² Правительство г. Москвы от 15 декабря 2015 года № 723-ПП «О выделении средств из резервного фонда». Режим доступа: <http://www.consultant.ru/> (дата обращения 05.06.2020).

цена набора Grz/Elb ниже средней расчетной цены первичного лекарственного обеспечения на 163 271 руб., и на сегодняшний день данный набор ЛП ПВТ ХГС ППВД также ни разу не требовал повторного назначения (2, 3, 4-я линии) ПВТ. Его недавняя регистрация на российском рынке и накопленный опыт практического применения у отечественных клиницистов также могут служить этому объяснением, однако клиническая эффективность у данного препарата присутствует лишь в отношении 1, 3 и 4 генотипов HCV.

Число пациентов, у которых лекарственное обеспечение соответствовало более чем одной линии ПВТ, в нашем исследовании составило 129 человек, что соответствует мировым показателям [1]. Очевидно, что даже такое количество линий ПВТ, не позволивших достичь устойчивого вирусологического ответа, впоследствии дает прирост числа пациентов «неответчиков» и имеет эффект снежного кома, увеличивая накопленную стоимость лечения пациента и приводя к возрастанию нагрузки на бюджет системы здравоохранения на 92 739 115 руб. за трехлетний период [20]. С другой стороны, прирост числа пациентов «неответчиков» в динамике будет требовать еще больших финансовых затрат и может привести к коллапсу. Наиболее сбалансированным представляется решение, при котором применение препаратов с доказанной высокой клинической эффективностью (в качестве первой и единственной линии ПВТ для лечения «неосложненной» части популяции пациентов с ХГС) позволит излечить большой объем пациентов, получив запланированный эпидемиологический эффект, и рационально распределить финансовые ресурсы: уделив должное внимание потребностям клинически сложных пациентов [21].

Выводы

1. Отмечено увеличение в 2019 г. количества пациентов с ХГС, получивших лекарственное обеспечение ЛП ПВТ в рамках государственного финансирования на 76% по сравнению с 2017 г. При этом доля БЕЗИНФ-протоколов составила 44,76%, а затраты возросли на 212%.

2. Наибольшая часть пациентов с ХГС (39,97%) была обеспечена набором ЛП ПВТ Dac+Asu. Средняя стоимость данного набора в расчете на одного пролеченного пациента в рамках ПВТ 1-й линии оказалась на 58 899 руб. дешевле набора 3D и на 58 861 руб. дороже набора Grz/Elb. При повторном назначении ПВТ (8,4% случаев) это приводило к увеличению затрат бюджета в 2,04 раза.

3. Наименьшие финансовые затраты на лекарственное обеспечение первой попытки терапии отмечены при использовании наборов ЛП ПВТ Sof, Grz/Elb, Dac+Asu и 3D, это позволяет снизить затраты на лечение одного пациента на 186 042 и 163 271 руб., 104 410 и 45 511 руб. соответственно. Однако зарегистрировано, что в 33% случаев набор ЛП ПВТ Sof требовал повторного назначения (2, 3, 4-я линии лечения) ПВТ, что в среднем увеличивало затраты бюджета в 2,79 раза.

4. Показано отклонение от средней цены на 65 364 руб. у набора ЛП ПВТ Gle/Pib, но на сегодняшний день данный набор ЛП ПВТ ХГС ППВД еще ни разу не требовал повторного назначения (2, 3, 4-я линии/попытки лечения) ПВТ и обладает исключительной пангенотипной эффективностью у разных групп пациентов. Вместе с тем медианная цена набора ЛП ПВТ Grz/Elb ниже средней расчетной цены первичного лекарственного обеспечения на 163 271 руб., и данный набор ЛП ПВТ ХГС ППВД также ни разу не требовал повторного назначения (2, 3, 4-я линии/попытки лечения), однако клиническая эффективность у данного ЛП присутствует лишь в отношении 1, 3 и 4 генотипов HCV.

Заключение

Проведенный нами анализ подтверждает общемировой тренд в оценке новых интервенций, при котором используют комплексный подход оценки медицинских технологий. Для реализации программы ВОЗ по элиминации гепатита С в Москве созданы все условия, однако необходимо рачительно использовать финансовые ресурсы. Поэтому выбор ПВТ ХГС в настоящее время целесообразно производить не только исходя из клинической эффективности препаратов, но и с учетом их экономической эффективности.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Нурмухаметова Е.А, Блохина Н. П., Сметанина С. В. Организация медицинской помощи и лекарственное обеспечение больных хроническим гепатитом С в Москве. *Доказательная гастроэнтерология*. 2019;8(1—1):84—92.
2. Stanaway J. D., Flaxman A. D., Naghavi M., Fitzmaurice C., Vos T., Abubakar I., et al. The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016;388(10049):1081—8. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30579-7
3. Никитин И. Г., Попович Л. Д., Потапчик Е. Г. Экономическое бремя гепатита С в России. *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*. 2015;(6):9—13.
4. Шестакова И. В., Попович Л. Д., Потапчик Е. Г., Блохина Н. П. Возможный социально-экономический эффект от внедрения инновационной технологии лечения хронического гепатита С в России. *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*. 2016;(2):15—22.
5. Feld J. J., Moreno C., Trinh R., Tam E., Bourgeois S., Horsmans Y., et al. Sustained virologic response of 100% in HCV genotype 1b patients with cirrhosis receiving ombitasvir/paritaprevir/r and dasabuvir for 12 weeks. *J. Hepatol*. 2016;64(2):301—7. doi: 10.1016/j.jhep.2015.10.005
6. Zeuzem S., Serfaty L., Vierling J., Cheng W., George J., Sperl J., et al. The safety and efficacy of elbasvir and grazoprevir in participants with hepatitis C virus genotype 1b infection. *J. Gastroenterol*. 2018;53(5):679—88. doi: 10.1007/s00535-018-1429-3
7. Zeuzem S., Foster G. R., Wang S., Asatryan A., Gane E., Feld J. J., et al. Glecaprevir—pibrentasvir for 8 or 12 weeks in HCV genotype 1 or 3 infection. *N. Engl. J. Med*. 2018;378(4):354—69. doi: 10.1056/NEJMoa1702417
8. Lu C. Y., Zhang F., Golonski N., Lupton C., Jeffrey P., Wagner A. K. State medicaid reimbursement for medications for chronic hepatitis C infection from 2012 through 2015. *Value Health*. 2018;21(6):692—7. doi: 10.1016/j.jval.2017.09.011
9. Crespo J., Cuadrado A., Perello C., Cabezas J., Llerena S., Llorca J., et al. Epidemiology of hepatitis C virus infection in a country with universal access to direct-acting antiviral agents: data for designing a cost-effective elimination policy in Spain. *J. Viral Hepat*. 2020;27(4):360—70. doi: 10.1111/jvh.13238

10. Asrani S. K., Devarbhavi H., Eaton J., Kamath P. S. Burden of liver diseases in the world. *J. Hepatology*. 2019;70(1):151–71. doi: 10.1016/j.jhep.2018.09.014
11. European Association for the Study of the Liver. EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2018. *J. Hepatol*. 2018;69(2):461–511. doi: 10.1016/j.jhep.2018.03.026
12. Marshall A. D., Cunningham E. B., Nielsen S., Aghemo A., Alho H., Backmund M., et al. Restrictions for reimbursement of interferon-free direct-acting antiviral therapies for HCV infection in Europe. *Lancet Gastroenterol. Hepatol*. 2018;3(2):125–133. doi: 10.1016/S2468-1253(17)30284-4.
13. Assoumou S. A., Tasillo A., Leff J. A., Schackman B. R., Drainoni M. L., Horsburgh C. R., et al. Cost-effectiveness of one-time hepatitis C screening strategies among adolescents and young adults in primary care settings. *Clin. Infect. Dis*. 2018;66(3):376–84. doi: 10.1093/cid/cix798
14. Chhatwal J., Wang X., Ayer T., Kabiri M., Chung R. T., Hur C., et al. Hepatitis C Disease Burden in the United States in the era of oral direct-acting antivirals. *Hepatology*. 2016;64(5):1442–50. doi: 10.1002/hep.28571
15. Rudakova A. V., Gusev D. A., Uskov A. N., Shestakova I. V., Lobzin Y. V. Cost-effectiveness of antiviral therapy in treatment-naive patients with chronic hepatitis C (genotype 1) with various severity of fibrosis stage. *J. Infectol*. 2017;9(4):93–101. doi: 10.22625/2072-6732-2017-9-4-93-101
16. Sibley A., Han K. H., Abourached A., Lesmana L. A., Makara M., Jafri W., et al. The present and future disease burden of hepatitis C virus infections with today's treatment paradigm — volume 3. *J. Viral Hepat*. 2015;22 Suppl 4:21–41. doi: 10.1111/jvh.12476
17. Martin N. K., Vickerman P., Dore G. J., Grebely J., Miners A., Cairns J., et al. Prioritization of HCV treatment in the direct-acting antiviral era: an economic evaluation. *J. Hepatol*. 2016;65(1):17–25. doi: 10.1016/j.jhep.2016.02.007
18. van Santen D. K., Sacks-Davis R., Doyle J. S., Scott N., Prins M., Hellard M. Measuring hepatitis C virus elimination as a public health threat: beyond global targets. *J. Viral Hepat*. 2020;27(8):770–3. doi: 10.1111/jvh.13294
19. Welzel T. M., Yang M., Sajeev G., Chen Y. J., Pinsky B., Bao Y., et al. Assessing patient preferences for treatment decisions for new Direct Acting Antiviral (DAA) therapies for chronic hepatitis C virus infections. *Adv. Ther*. 2019;36(9):2475–86. doi: 10.1007/s12325-019-01012-6
20. Lu C. Y., Ross-Degnan D., Zhang F., LeCates R., Lupton C., Sherman M., et al. Cost burden of hepatitis C Virus treatment in commercially insured patients. *Am. J. Manag. Care*. 2019;25(12):e379–87.
21. Goel A., Chen Q., Chhatwal J., Aggarwal R. Cost-effectiveness of generic pan-genotypic sofosbuvir/velpatasvir versus genotype-dependent direct-acting antivirals for hepatitis C treatment. *J. Gastroenterol. Hepatol*. 2018;33(12):2029–36. doi: 10.1111/jgh.14301
5. Feld J. J., Moreno C., Trinh R., Tam E., Bourgeois S., Horsmans Y., et al. Sustained virologic response of 100% in HCV genotype 1b patients with cirrhosis receiving ombitasvir/paritaprevir/r and dasabuvir for 12 weeks. *J. Hepatol*. 2016;64(2):301–7. doi: 10.1016/j.jhep.2015.10.005
6. Zeuzem S., Serfaty L., Vierling J., Cheng W., George J., Sperl J., et al. The safety and efficacy of elbasvir and grazoprevir in participants with hepatitis C virus genotype 1b infection. *J. Gastroenterol*. 2018;53(5):679–88. doi: 10.1007/s00535-018-1429-3
7. Zeuzem S., Foster G. R., Wang S., Asatryan A., Gane E., Feld J. J., et al. Glecaprevir—pibrentasvir for 8 or 12 weeks in HCV genotype 1 or 3 infection. *N. Engl. J. Med*. 2018;378(4):354–69. doi: 10.1056/NEJMoa1702417
8. Lu C. Y., Zhang F., Golonski N., Lupton C., Jeffrey P., Wagner A. K. State Medicaid reimbursement for medications for chronic hepatitis C infection from 2012 through 2015. *Value Health*. 2018;21(6):692–7. doi: 10.1016/j.jval.2017.09.011
9. Crespo J., Cuadrado A., Perello C., Cabezas J., Llerena S., Llorca J., et al. Epidemiology of hepatitis C virus infection in a country with universal access to direct-acting antiviral agents: data for designing a cost-effective elimination policy in Spain. *J. Viral Hepat*. 2020;27(4):360–70. doi: 10.1111/jvh.13238
10. Asrani S. K., Devarbhavi H., Eaton J., Kamath P. S. Burden of liver diseases in the world. *J. Hepatology*. 2019;70(1):151–71. doi: 10.1016/j.jhep.2018.09.014
11. European Association for the Study of the Liver. EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2018. *J. Hepatol*. 2018;69(2):461–511. doi: 10.1016/j.jhep.2018.03.026
12. Marshall A. D., Cunningham E. B., Nielsen S., Aghemo A., Alho H., Backmund M., et al. Restrictions for reimbursement of interferon-free direct-acting antiviral therapies for HCV infection in Europe. *Lancet Gastroenterol. Hepatol*. 2018;3(2):125–133. doi: 10.1016/S2468-1253(17)30284-4.
13. Assoumou S. A., Tasillo A., Leff J. A., Schackman B. R., Drainoni M. L., Horsburgh C. R., et al. Cost-effectiveness of one-time hepatitis C screening strategies among adolescents and young adults in primary care settings. *Clin. Infect. Dis*. 2018;66(3):376–84. doi: 10.1093/cid/cix798
14. Chhatwal J., Wang X., Ayer T., Kabiri M., Chung R. T., Hur C., et al. Hepatitis C Disease Burden in the United States in the era of oral direct-acting antivirals. *Hepatology*. 2016;64(5):1442–50. doi: 10.1002/hep.28571
15. Rudakova A. V., Gusev D. A., Uskov A. N., Shestakova I. V., Lobzin Y. V. Cost-effectiveness of antiviral therapy in treatment-naive patients with chronic hepatitis C (genotype 1) with various severity of fibrosis stage. *J. Infectol*. 2017;9(4):93–101. doi: 10.22625/2072-6732-2017-9-4-93-101
16. Sibley A., Han K. H., Abourached A., Lesmana L. A., Makara M., Jafri W., et al. The present and future disease burden of hepatitis C virus infections with today's treatment paradigm — volume 3. *J. Viral Hepat*. 2015;22 Suppl 4:21–41. doi: 10.1111/jvh.12476
17. Martin N. K., Vickerman P., Dore G. J., Grebely J., Miners A., Cairns J., et al. Prioritization of HCV treatment in the direct-acting antiviral era: an economic evaluation. *J. Hepatol*. 2016;65(1):17–25. doi: 10.1016/j.jhep.2016.02.007
18. van Santen D. K., Sacks-Davis R., Doyle J. S., Scott N., Prins M., Hellard M. Measuring hepatitis C virus elimination as a public health threat: beyond global targets. *J. Viral Hepat*. 2020;27(8):770–3. doi: 10.1111/jvh.13294
19. Welzel T. M., Yang M., Sajeev G., Chen Y. J., Pinsky B., Bao Y., et al. Assessing patient preferences for treatment decisions for new Direct Acting Antiviral (DAA) therapies for chronic hepatitis C virus infections. *Adv. Ther*. 2019;36(9):2475–86. doi: 10.1007/s12325-019-01012-6
20. Lu C. Y., Ross-Degnan D., Zhang F., LeCates R., Lupton C., Sherman M., et al. Cost burden of hepatitis C Virus treatment in commercially insured patients. *Am. J. Manag. Care*. 2019;25(12):e379–87.
21. Goel A., Chen Q., Chhatwal J., Aggarwal R. Cost-effectiveness of generic pan-genotypic sofosbuvir/velpatasvir versus genotype-dependent direct-acting antivirals for hepatitis C treatment. *J. Gastroenterol. Hepatol*. 2018;33(12):2029–36. doi: 10.1111/jgh.14301

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Nurmunkhametova E. A., Blokhina N. P., Smetanina S. V. Organization of medical care and drug provision for patients with chronic hepatitis C in Moscow. *Dokazatel'naya gastroenterologiya*. 2019;8(1–1):84–92 (in Russian).
2. Stanaway J. D., Flaxman A. D., Naghavi M., Fitzmaurice C., Vos T., Abubakar I., et al. The global burden of viral hepatitis from 1990 to 2013: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016;388(10049):1081–8. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30579-7
3. Nikitin I. G., Popovich L. D., Potapchik E. G. Economic burden of hepatitis C in Russia. *Epidemiologiya i infeksionnyye bolezni. Aktual'nyye voprosy*. 2015;(6):9–13 (in Russian).
4. Shestakova I. V., Popovich L. D., Potapchik E. G., Blokhina N. P. Possible socio-economic effect from the introduction of innovative technology for the treatment of chronic hepatitis C in Russia. *Epidemiologiya i infeksionnyye bolezni. Aktual'nyye voprosy*. 2016;(2):15–22 (in Russian).
5. Feld J. J., Moreno C., Trinh R., Tam E., Bourgeois S., Horsmans Y., et al. Sustained virologic response of 100% in HCV genotype 1b patients with cirrhosis receiving ombitasvir/paritaprevir/r and dasabuvir for 12 weeks. *J. Hepatol*. 2016;64(2):301–7. doi: 10.1016/j.jhep.2015.10.005
6. Zeuzem S., Serfaty L., Vierling J., Cheng W., George J., Sperl J., et al. The safety and efficacy of elbasvir and grazoprevir in participants with hepatitis C virus genotype 1b infection. *J. Gastroenterol*. 2018;53(5):679–88. doi: 10.1007/s00535-018-1429-3
7. Zeuzem S., Foster G. R., Wang S., Asatryan A., Gane E., Feld J. J., et al. Glecaprevir—pibrentasvir for 8 or 12 weeks in HCV genotype 1 or 3 infection. *N. Engl. J. Med*. 2018;378(4):354–69. doi: 10.1056/NEJMoa1702417
8. Lu C. Y., Zhang F., Golonski N., Lupton C., Jeffrey P., Wagner A. K. State Medicaid reimbursement for medications for chronic hepatitis C infection from 2012 through 2015. *Value Health*. 2018;21(6):692–7. doi: 10.1016/j.jval.2017.09.011
9. Crespo J., Cuadrado A., Perello C., Cabezas J., Llerena S., Llorca J., et al. Epidemiology of hepatitis C virus infection in a country with universal access to direct-acting antiviral agents: data for designing a cost-effective elimination policy in Spain. *J. Viral Hepat*. 2020;27(4):360–70. doi: 10.1111/jvh.13238
10. Asrani S. K., Devarbhavi H., Eaton J., Kamath P. S. Burden of liver diseases in the world. *J. Hepatology*. 2019;70(1):151–71. doi: 10.1016/j.jhep.2018.09.014
11. European Association for the Study of the Liver. EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2018. *J. Hepatol*. 2018;69(2):461–511. doi: 10.1016/j.jhep.2018.03.026
12. Marshall A. D., Cunningham E. B., Nielsen S., Aghemo A., Alho H., Backmund M., et al. Restrictions for reimbursement of interferon-free direct-acting antiviral therapies for HCV infection in Europe. *Lancet Gastroenterol. Hepatol*. 2018;3(2):125–133. doi: 10.1016/S2468-1253(17)30284-4.
13. Assoumou S. A., Tasillo A., Leff J. A., Schackman B. R., Drainoni M. L., Horsburgh C. R., et al. Cost-effectiveness of one-time hepatitis C screening strategies among adolescents and young adults in primary care settings. *Clin. Infect. Dis*. 2018;66(3):376–84. doi: 10.1093/cid/cix798
14. Chhatwal J., Wang X., Ayer T., Kabiri M., Chung R. T., Hur C., et al. Hepatitis C Disease Burden in the United States in the era of oral direct-acting antivirals. *Hepatology*. 2016;64(5):1442–50. doi: 10.1002/hep.28571
15. Rudakova A. V., Gusev D. A., Uskov A. N., Shestakova I. V., Lobzin Y. V. Cost-effectiveness of antiviral therapy in treatment-naive patients with chronic hepatitis C (genotype 1) with various severity of fibrosis stage. *J. Infectol*. 2017;9(4):93–101. doi: 10.22625/2072-6732-2017-9-4-93-101
16. Sibley A., Han K. H., Abourached A., Lesmana L. A., Makara M., Jafri W., et al. The present and future disease burden of hepatitis C virus infections with today's treatment paradigm — volume 3. *J. Viral Hepat*. 2015;22 Suppl 4:21–41. doi: 10.1111/jvh.12476
17. Martin N. K., Vickerman P., Dore G. J., Grebely J., Miners A., Cairns J., et al. Prioritization of HCV treatment in the direct-acting antiviral era: an economic evaluation. *J. Hepatol*. 2016;65(1):17–25. doi: 10.1016/j.jhep.2016.02.007
18. van Santen D. K., Sacks-Davis R., Doyle J. S., Scott N., Prins M., Hellard M. Measuring hepatitis C virus elimination as a public health threat: beyond global targets. *J. Viral Hepat*. 2020;27(8):770–3. doi: 10.1111/jvh.13294
19. Welzel T. M., Yang M., Sajeev G., Chen Y. J., Pinsky B., Bao Y., et al. Assessing patient preferences for treatment decisions for new Direct Acting Antiviral (DAA) therapies for chronic hepatitis C virus infections. *Adv. Ther*. 2019;36(9):2475–86. doi: 10.1007/s12325-019-01012-6
20. Lu C. Y., Ross-Degnan D., Zhang F., LeCates R., Lupton C., Sherman M., et al. Cost burden of hepatitis C Virus treatment in commercially insured patients. *Am. J. Manag. Care*. 2019;25(12):e379–87.
21. Goel A., Chen Q., Chhatwal J., Aggarwal R. Cost-effectiveness of generic pan-genotypic sofosbuvir/velpatasvir versus genotype-dependent direct-acting antivirals for hepatitis C treatment. *J. Gastroenterol. Hepatol*. 2018;33(12):2029–36. doi: 10.1111/jgh.14301

Бурдастова Ю. В.^{1,2}

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

¹ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;²Институт социально-экономических проблем народонаселения ФГБУН «Федеральный научно-исследовательский социологический центр» РАН, 117218, г. Москва

Настоящая статья посвящена актуальным вопросам развития кадрового потенциала в здравоохранении. В статье подчеркивается, что эффективность системы здравоохранения и качество оказания медицинской помощи во многом зависят от результатов деятельности медицинских работников, которые определяются их знаниями, навыками и мотивацией. Учитывая задачу обеспечения сферы здравоохранения высококвалифицированными кадрами, а также пополнения кадрового состава молодыми специалистами, можно сказать, что общественное здоровье находится в прямой зависимости от их компетентности. Кроме того, важен вопрос снижения текучести кадров и удержания молодых специалистов на рабочем месте, который в том числе может решить система наставничества в медицинской организации. В рамках статьи проанализированы документы международных организаций, российская нормативно-правовая база, представлены данные авторских исследований, проведенных в 2019—2020 гг. Результаты экспертных интервью и анкетного опроса свидетельствуют о положительном отношении респондентов к системе наставничества как инструменту развития кадрового потенциала в медицинских организациях. Анализируя полученные данные, автор приходит к выводу о необходимости грамотной организации процесса наставничества. В настоящей статье основной акцент сделан на законодательном регулировании наставничества, а также мерах стимулирования наставников.

Ключевые слова: кадровый потенциал; развитие кадрового потенциала; наставничество; трудовые ресурсы в здравоохранении; адаптация на рабочем месте; профессиональный рост; организация системы наставничества.

Для цитирования: Бурдастова Ю. В. Проблемы развития кадрового потенциала в сфере здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1162—1167. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1162-1167>

Для корреспонденции: Бурдастова Юлия Владимировна, канд. экон. наук, аналитик ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения Москвы; старший научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения ФНИСЦ РАН; e-mail: yulia-burdastova@yandex.ru

Burdastova Yu. V.^{1,2}

PROBLEMS OF HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT IN HEALTHCARE

¹State Budgetary Institution "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", 115088 Moscow, Russian Federation;²Institute of Social and Economic Studies of Population of Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences, 117218 Moscow, Russian Federation

This article is devoted to current issues of human resources development in healthcare. The article emphasizes that the effectiveness of the healthcare system and the quality of medical care delivery deeply depend on the results of the work of medical workers, which are determined by their knowledge, skills and motivation. Considering the necessity of providing the healthcare sector with highly qualified personnel, as well as replenishing the staff with young specialists, we can say that public health is directly dependent on their competence. In addition, the problem of reducing staff turnover and retaining young specialists in the workplace is important, this problem can be solved by the mentoring system in a medical organization. In the article documents of international organizations and the Russian regulatory framework are analyzed, the data from the author's studies conducted in 2019—2020 are presented. The results of the expert interviews and questionnaires indicate a positive attitude of the respondents to the mentoring system as an instrument for developing human resources in medical organizations. Analyzing the data obtained, the author comes to the conclusion about the need for a competent organization of the mentoring process. This article focuses on the legislative regulation of mentoring, as well as incentive measures for mentors.

Keywords: human resources; human resources development; human resources in healthcare; adaptation at workplace; professional growth; organization of a mentoring system.

For citation: Burdastova Yu. V. Problems of human resources development in healthcare. *Problemi socialnoi gigieni, zdavoookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1162—1167 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1162-1167>

For correspondence: Burdastova Yu. V., Cand. Sd. (Econ.), Analyst, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russian Federation; Senior researcher, Institute of Socio-Economic Studies of the Population, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation, e-mail: yulia-burdastova@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020

Введение

Развитие кадрового потенциала в сфере здравоохранения является одной из главных задач, реше-

нием которой занимаются как на уровне международных организаций [1], исполнительных органов государственной власти, так и на уровне отдельно взятых медицинских учреждений.

Среди глобальных вызовов в области здравоохранения [2] Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отмечает:

- недостаточные инвестиции в образование, подготовку и поддержку работников в сфере здравоохранения;
- дефицит медицинского персонала;
- высокую международную и региональную миграцию квалифицированных кадров здравоохранения;
- отток медицинских работников в связи со смещением профессии;
- не отвечающее современным потребностям географическое распределение медицинских кадров и учреждений;
- низкое качество медицинской помощи.

Как отмечается в докладе ОЭСР, ВОЗ и Всемирного банка [3], низкое качество медицинских услуг характерно для большинства стран мира (в первую очередь, для стран с низким и средним уровнем дохода в связи с изношенностью оборудования и инфраструктуры медицинских учреждений, отсутствием у врачей доступа к повышению профессиональных знаний и, как следствие, — мотивации) и обусловлено ошибками в диагнозах и назначении лекарств, неправильным или ненужным лечением, существованием небезопасных клинических учреждений, а также работой медицинского персонала, не имеющего надлежащей подготовки и (или) опыта и т. п. Основополагающий тезис ВОЗ при этом гласит, что причина низкого качества медицинской помощи заключается исключительно в недостатках ее организации [4]. Кроме того, в документах международных организаций отмечается, что в мире изменяются эпидемиологические профили и структура населения, что повышает бремя неинфекционных и хронических заболеваний для систем здравоохранения [5]. Недооценка опасности инфекционных заболеваний и новый вызов в виде пандемии в связи с COVID-2019 показали необходимость срочного перепрофилирования медицинских учреждений, повышения уровня знаний и компетенций у медицинских кадров в кратчайшие сроки, т. е. кадры здравоохранения должны уметь реагировать на кризисы в области общественного здравоохранения и быть готовыми работать в условиях чрезвычайной ситуации.

Значимость системы наставничества как инструмент развития кадрового потенциала, которая направлена на помощь молодым специалистам в приобретении профессиональных знаний и умений, профессиональном становлении, адаптации в коллективе, повышении компетенций медицинских работников, в том числе в экстренных условиях и пр., подтверждена рядом исследований [6].

В России система наставничества существовала еще в советское время, законодательно регулировалась и предусматривала стимулирующие выплаты наставникам, а также меры нематериального стимулирования — награждение почетным знаком, присвоение почетного звания и др. В настоящее время на высшем государственном уровне¹ реализуется

идея по возрождению системы наставничества, в том числе в сфере здравоохранения [7].

В научной среде вопросами кадрового обеспечения, кадрового потенциала в здравоохранении занимаются О. А. Александрова, А. В. Ярашева, М. С. Токсанбаева, А. А. Костанян, Ю. С. Ненахова и др. [8—10], проблемами развития системы наставничества — И. А. Эсаулова [11], Ж. А. Тютенова [12], А. А. Костанян [13] и др.

Среди основных целей системы наставничества в организациях выделяют следующие²:

- организационная адаптация — наставничество помогает новым сотрудникам, приходящим в организацию, адаптироваться;
- повышение квалификации — наставничество позволяет опытному, высококвалифицированному персоналу передать опыт другим сотрудникам;
- профессиональная идентичность — когда молодые работники находятся в начале своей карьеры, они нуждаются в понимании того, что значит быть профессионалом в своей рабочей среде. Наставники как профессионалы воплощают ценности профессии и играют ключевую роль в определении профессионального поведения для новых сотрудников;
- карьерный рост — наставничество помогает работникам планировать, развивать карьеру и управлять ей. Это также помогает им стать более «гибкими» во времена перемен, более самостоятельными в профессиональном росте;
- развитие лидерства и управления — наставничество поощряет формирование лидерских компетенций, которые легче получить через практику и опыт, приобретаемые под руководством наставника, чем при помощи теоретического обучения;
- образовательная опора — наставничество помогает преодолеть разрыв между теорией и практикой. Формальное образование и обучение дополняются знаниями и практическим опытом компетентного специалиста;
- организационное развитие и изменение культуры — наставничество может помочь передать ценности, видение и миссию организации; отношения наставник—ученик могут помочь

¹Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года» от 21.11.2017 № 926. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71750330/> (дата обращения 21.03.2020). Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 21.03.2020). Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Указом Президента РФ от 06.06.2019 № 254). Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72164534/> (дата обращения 21.03.2020).

²Best practices: mentoring. United State Office of Personnel Management. Режим доступа: <https://www.opm.gov/policy-data-oversight/training-and-development/career-development/bestpractices-mentoring.pdf> (дата обращения 22.03.2020).

работникам понять организационную культуру организации;

- обслуживание пациентов — наставничество помогает в моделировании желаемого поведения и развитии компетенций в области выстроенных в организации стандартов качества обслуживания пациентов;
- удержание персонала — наставничество создает благоприятную среду через постоянное взаимодействие, коучинг, обучение и ролевое моделирование; было установлено, что наставничество влияет на удержание сотрудников, потому что это помогает создать организационную культуру, которая становится привлекательной для лучших специалистов, которым необходимы возможности для карьерного и профессионального роста. Наставничество — это ощутимый способ показать сотрудникам, что они ценятся в организации;
- управление знаниями/передача знаний — наставничество обеспечивает обмен информацией/знаниями между работниками разных медицинских организаций и регионов.

Таким образом, польза наставничества неоспорима. Однако встает вопрос о грамотной организации эффективной системы наставничества в медицинской организации. Как видят этот процесс изнутри врачи и средний медицинский персонал? Как мотивировать наставников?

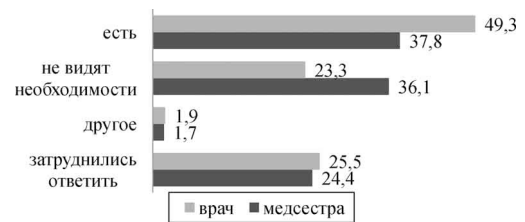
Материалы и методы

В рамках проведения проектов «Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения» в 2019 г. и «Научный анализ и прогноз развития кадрового обеспечения государственной системы здравоохранения города Москвы» в 2020 г. была разработана методика исследования, содержащая взаимодополняющие компоненты — количественные и качественные социологические методы исследования. Количественная часть включала проведение массового анкетного опроса среди врачей и медицинских сестер, качественная часть — серию глубоких структурированных интервью с главными врачами медицинских организаций и представителями медицинского профессионального образования. Бланк анкетного опроса включал вопросы, направленные на изучение тенденций кадрового обеспечения, развития кадрового потенциала, профессионального роста специалистов. Сценарий экспертных интервью помимо этих проблем в 2020 г. содержал блок, посвященный организации системы наставничества в медицинских организациях.

Результаты исследования

Организация системы наставничества в медицинской организации

Значимость системы наставничества в медицинских организациях признают многие эксперты. Результаты опроса свидетельствуют, что и врачи, и ме-



Распределение мнений врачей и медицинских сестер относительно необходимости внедрения или расширения наставничества в медицинских организациях, % к итогу.

дицинские сестры выступают за внедрение или расширение наставничества (рисунок).

Так, в среднем 43% респондентов отметили необходимость наставничества, а 30% занимают противоположную точку зрения. Следует отметить, что практически четверть респондентов затруднились ответить, что может говорить о неуверенности в понимании, какой должна быть система наставничества и какое содержание или характер медицинской работы относится к наставничеству. Это также может говорить о том, что не во всех медицинских организациях наставничество представляет собой именно систему, закрепленную локальными актами, которая понятна для всех ее участников.

Между тем правильная организация процесса наставничества — это основа его успешной реализации. Здесь встает вопрос нормативно-правового регулирования наставничества.

Отношение экспертов к формированию единой нормативно-правовой базы по наставничеству неоднозначное. С одной стороны, отмечается, что на решение проблемы оказания качественной медицинской помощи влияет множество факторов, один из которых — это медицинское образование, поэтому, не изменяя систему в целом, решить проблему вряд ли получится. С другой стороны, эксперты говорят о том, что на данный момент не существует обязательных законодательных рамок по наставничеству, что дает возможность медицинским организациям решать этот вопрос на локальном уровне с учетом ее особенностей и потребностей. Эксперт: «У нас вообще есть проблема с базовым образованием медиков, с их адаптацией. У нас очень сложно построить единую кадровую, образовательную, карьерную траекторию для врача в силу разных причин. Допустим, введем мы нормативную базу по наставничеству. Глобальную проблему с образованием кадров это не решит. Нормативной базы нет, ничего не мешает ее локально создать, у нас нет никаких ограничений. Нужна ли она на федеральном уровне? Я сомневаюсь, потому что вариантов может быть много»; «Администрация медицинской организации должна взять инициативу на себя и подготовить нормативные акты по наставничеству».

Эксперты также опасаются, что учесть все нюансы на федеральном законодательном уровне очень трудно, в связи с чем в случае принятия единого нормативно-правового акта это может превратиться в формальное заполнение форм и отчетности для про-

верок госорганами. Эксперт: «Мы должны писать, исходя из нашей медицинской организации, не должно быть такого, чтобы какой-то орган приехал с проверкой и сказал: «Вы здесь не прописали». Каждая организация должна определить систему наставничества для себя. Она не должна быть формальной. Если мы ее формализуем, это закончится тем, что «да, мы написали, да, мы это сделали», но это не работает».

При этом эксперты подчеркивают, что на практике часто имеет место ситуативное наставничество. Эксперт: «Наставничество в той форме, в которой оно сейчас внедрено, применимо только в специализированных отделениях, а под приемное отделение не заточено. Отделение неврологии, отделение ЛОР, отделение офтальмологии — туда пришел молодой специалист, они сидят все в одной ординаторской, у них режим работы 5/2. Возникла сложная ситуация с пациентом. Он — раз, через плечо, не важно, наставник он тебе или нет, вы в одной ординаторской, то есть молодой специалист просит у того, кто с ним будет рядом».

Эксперт отмечает, что даже те рекомендации, которые существуют на сегодняшний день, иногда можно реализовать только формально. Например, в официальных документах одно из требований к наставнику — опыт работы не менее 5 лет, также наставник и подопечный должны быть одной специальности, что с учетом особенностей приемного отделения, например, не всегда выполнимо. Тем не менее наставничество имеет место, но официально оформить его нет возможности, что подтверждает опасения многих экспертов, описанных выше. Эксперт: «Относительно приемного отделения московской больницы — по этим документам невозможно выполнить функцию наставничества, потому что там прописано, что эти правила применимы только к отделениям, в которых есть врачи одной специальности. Получается, что если приходит молодой врач в отделение офтальмологии, он — офтальмолог, его заведующая — офтальмолог, и все врачи — офтальмологи. Среди этих врачей есть более опытный, опыт работы должен быть не менее 5 лет, и там еще определенные параметры, чтобы быть этим наставником. В приемном отделении штат врачей состоит из 5 разных специальностей, среди врачей, которые в отделении есть, нет врачей со стажем работы более 5 лет по одной специальности, поэтому юридически мы уже не можем оформить наставничество — это с одной стороны. С другой стороны, не нужно натаскивать врача по его профилю, а нужно дать ему основы работы именно в нашем приемном отделении — какие есть задачи и функции, как взаимосвязаны между собой врачи, как отделение взаимодействует с другими профильными отделениями, с параклиникой, какова методика приема пациентов, как сортировать пациентов, как бежать в реанимацию и т. д. То есть наставник не обязательно должен быть с подопечным смежной или одинаковой специальностью, самое главное, что-

бы наставник обладал опытом работы в подразделении, в которое пришел этот молодой специалист».

Тем не менее, как отмечают эксперты, необходим единый нормативно-правовой акт, носящий рекомендательный характер и учитывающий федеральную концепцию развития российского здравоохранения и норм оказания медицинской помощи во избежание «стихийного» наставничества, которое также может происходить на местах.

Один из экспертов подчеркивает, что в настоящий момент законодательство также не учитывает, что молодой сотрудник, приходящий на работу, сразу начинает нести ответственность за свою деятельность, в том числе уголовную, фактически не имея никакого опыта. В связи с этим эксперт предлагает ввести в законодательство пункт об ответственности наставника за результаты лечения, осуществляемого его подопечным во время вхождения последнего в должность, понимая, что такая мера вряд ли будет популярной среди медицинского персонала. Эксперт: «Пришел работник, у него есть должностная инструкция, он в соответствии с ней работает. Допустим, он что-то выполнил не совсем качественно. Пациенты вправе на него подать жалобу. А кто должен был его подстраховывать? Это нигде не прописано, за все отвечает лечащий врач. Он только пришел, только получил диплом, мы же понимаем, что он не может отвечать за все сразу, и нигде это не прописано. То есть должен быть механизм, чтобы для молодого сотрудника были послабляющие, должно быть прописано, например, что первые два месяца в полной мере ответственности за результаты лечения отвечает прикрепленный наставник к новому сотруднику. Хотя, это не вызовет оптимизма у наставников».

Меры стимулирования наставников

Важным вопросом организации и эффективной работы механизма наставничества являются инструменты стимулирования наставников, повышающие мотивацию медицинских сотрудников становиться наставниками.

По утверждению экспертов, в первую очередь медицинской организации следует разработать и утвердить внутреннее положение, предусматривающее пошаговую инструкцию по процессу адаптации нового сотрудника, в которой расписаны функции участников процесса наставничества, система оценивания и ожидаемые результаты. Эксперт: «У нас есть положение, в котором прописаны основные инструменты адаптации, самообразование, все функции, алгоритм проведения разного вида адаптаций. Есть план прохождения наставничества, оценочные чек-листы, с помощью которых мы проверяем, как работает не только молодой специалист, но и наставник. Есть анкеты по отбору наставников в медицинской организации, у нас прописаны закрепление, замена наставника и т. д.».

Как полагают эксперты, работая в качестве наставника, сотрудник выделяет свое время для обучения молодых специалистов, поэтому этот труд дол-

жен быть дополнительно оплачен. Эксперт: *«Конечно, должна быть система поощрений. Раньше было социальное лидерство, оно, сейчас, конечно, есть, это душевные порывы, но если мы это формируем серьезно, как систему, то в нее должно быть что-то другое заложено».*

В рамках материального стимулирования, согласно экспертным интервью, медицинские организации могут использовать надбавки к заработной плате, которые формируются на основе эффективного контракта, в котором начисляются баллы за достижение показателей эффективности медицинской организации, таких как снижение нежелательных побочных явлений и жалоб пациентов, нивелирование отказов в оплате или уменьшение оплаты медицинской помощи со стороны страховых компаний при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и пр. Эксперт: *«У нас частично такой опыт есть, он погружен в эффективный контракт, в зарплату, которую получают в том числе и наставники, и у нас есть специальная таблица эффективности, где описаны определенные баллы, например, за выполнение плановых показателей работы по выявлению нежелательных побочных явлений, денежных снятий страховыми компаниями. В таблице прописывается наличие работы по наставничеству и количество наставляемых, выставляются баллы отделением, и отделение уже получает, допустим, к премии, гораздо больше, если оно подготовило своих наставляемых лучше и эффективнее».*

В некоторых медицинских организациях используют отдельный приказ или дополнительное соглашение с сотрудником, назначаемым наставником. Эксперты: *«Мы за это людям доплачиваем: выходит официальный приказ о том, что сотрудник назначается наставником молодого специалиста. Официально производится закрепление, составляется индивидуальный план. По окончании наставник предоставляет отчет о проделанной работе и свои рекомендации»; «У них подписывается дополнительное соглашение. Главный врач считает, что если человек выделяет время, то это, безусловно, надо оплачивать»; «Деньги, почет, слава. В условиях поликлиники, в условиях бешеной гонки в марафоне, что вы успеете сказать бегущему соседу? Спасибо, на тебе конфетку. Все, и больше у тебя ничего нет. Да, у нас есть локальный акт — положение о наставничестве, приказ. Человек получает надбавку соответствующую и несет ответственность за то, что происходит с его подопечным».*

В качестве нематериального стимулирования сотрудников могут быть задействованы разнообразные инструменты: от похвалы более старшего по должности сотрудника, признания в коллективе до участия в конкурсах и мероприятиях по наставничеству. Результаты интервью показывают, что, назначая сотрудника наставником, важно, чтобы он понимал, что его ценят в организации и считают экспертом, который может передавать опыт, знания, корпоративные стандарты учреждения. Эксперт: *«Любо-*

му человеку приятно, когда его называют экспертом. Что бы люди ни говорили, а самолюбие никуда не девается».

Помимо этого, процесс профессионального становления подопечных до полноправных специалистов дает возможность наставнику видеть результаты своего труда и испытывать гордость за тех, кого он научил. Эксперт: *«В каждом стационаре есть люди, которые способны быть наставниками. Может быть, их каким-то образом отмечать, чтобы это воспринималось не как лишняя нагрузка, а как гордость, что я являюсь у кого-то наставником и что мой ученик, в которого я вложила что-то, через год, через два, через три стал замечательным заведующим, и есть чем гордиться».*

Эксперты отмечают важность проведения дополнительных мероприятий вне рабочего пространства — конкурсов, конференций, круглых столов и т. д., где была бы создана возможность обмена опытом в медицинской среде, в том числе по наставничеству. Эксперт: *«Во времена моей молодости, когда я работала медицинской сестрой, у нас регулярно проводились конкурсы медицинских сестер внутри отделений. Сейчас мы отправляем кого-то на общегородские мероприятия и даже посылаем учиться за границу, хотя это очень маленькая группа людей. Считаю, должны быть конкурсы, поощрения, конференции для наставников, чтобы были грамоты, есть возможность материального поощрения разового или дополнительного премирование для победителей конкурса».*

Тем не менее, как считают эксперты, наставничество исключительно на волонтерской основе в современных условиях существовать не может. При внедрении системы наставничества в медицинской организации рекомендуется совмещать материальные и нематериальные стимулы. Эксперт: *«Если человек ничего не получает за то, что отдает, — это не наставничество, а безвозмездное донорство. А безвозмездные доноры без возможности хотя бы возместить отданное долго существовать не могут».*

Заключение

Таким образом, необходимость выстраивания института наставничества для развития кадрового потенциала в здравоохранении очевидна. Как показало проведенное исследование, в большинстве медицинских организаций созданы локальные акты, в которых прописаны этапы прохождения наставничества, сроки, назначение наставника, оценивание по результатам работы и пр., поэтому зарекомендовавшие себя в учреждении успешные практики работы и лечения пациентов передаются новому поколению сотрудников, которые, безусловно, нуждаются в адаптации.

Для создания единой системы наставничества в системе здравоохранения необходимо учитывать различные нюансы работы медицинских организаций, что в силу их специфики сделать непросто, поэтому важным аспектом выстраивания законода-

тельной основы становится ее рекомендательный, а не принудительный характер.

При реализации практик наставничества в медицинских организациях необходимо прорабатывать меры стимулирования наставников — как материальные, так и нематериальные.

Наставничество как инструмент профессионального становления и развития кадрового потенциала в здравоохранении имеет значение для наставников, их подопечных и в целом для всего населения, нуждающегося в медицинских услугах высокого качества.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия для развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016. Режим доступа: http://www.who.int/hrh/resources/russian_global_strategyHRH.pdf?ua=1 (дата обращения 20.09.2019).
2. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programs. Geneva: World Health Organization; 2018. Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275501/WHO-HIS-HWF-CHW-2018.1-eng.pdf?ua=1> (дата обращения 21.09.2019).
3. OECD/WHO/World Bank Group. Delivering Quality Health Services: A Global Imperative, WHO, 2018. Режим доступа: <https://doi.org/10.1787/9789264300309-en> (дата обращения 20.09.2019).
4. Качество медицинской помощи. Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения. 2005;(6).
5. Руководство по мониторингу и оценке кадровых ресурсов здравоохранения, адаптированное для применения в странах с низким и ниже среднего уровнями дохода. 2012. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/handbook-on-monitoring-and-evaluation-of-human-resources-for-health-with-special-applications-for-low-and-middle-income-countries> (дата обращения 21.09.2019).
6. Руководство ВОЗ по поддержке политики и систем здравоохранения с целью оптимизации программ в отношении работников здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Режим доступа: <https://www.who.int/hrh/resources/19-091-WHOGuidelines-ru.pdf>. (дата обращения 21.09.2019).
7. Бурдастова Ю. В. Наставничество в системе здравоохранения: тренд или необходимость? *Народонаселение*. 2020;23(1):148—54.
8. Аксенова Е. И., Александрова О. А., Аликперова Н. В., Богдан И. В., Бурдастова Ю. В., Виноградова К. В., и др. Развитие кадрового потенциала столичного здравоохранения: коллективная монография. М.; 2019: 244 с.
9. Ярашева А. В., Александрова О. А., Медведева Е. И., Аликперова Н. В., Крошкин С. В. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2020;13(1):174—90. doi: 10.15838/esc.2020.1.67.10
10. Александрова О. А., Ярашева А. В., Аксенова Е. И., Аликперова Н. В., Ненахова Ю. С. Управленческие кадры в московском здравоохранении: поиск ответов на актуальные вопросы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(S):522—8. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-si1-522-528
11. Эсаулова И. А. Новые модели наставничества в практике обучения и развития персонала. *Стратегии бизнеса*. 2017;(6):8—13. Режим доступа: https://www.cfin.ru/management/people/dev_val/mentoring_models_personnel_learning.shtml (дата обращения 21.03.2020).
12. Тютенова Ж. А. К вопросу о наставничестве в системе здравоохранения. *Молодой ученый*. 2016;(14):241—3. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/118/32659> (дата обращения 21.03.2020).
13. Костянян А. А. Методика оценки управленческих компетенций современных организаторов здравоохранения как показателя уровня клиентоориентированности медицинской организации. *Вестник ЮУрГУ. Серия «Экономика и менеджмент»*. 2016;10(4):94—103. doi: 10.14529/em160414

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Global strategy for human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016. Available at: http://www.who.int/hrh/resources/russian_global_strategyHRH.pdf?ua=1 (accessed 20.09.2019) (in Russian).
2. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programs. Geneva: World Health Organization; 2018. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275501/WHO-HIS-HWF-CHW-2018.1-eng.pdf?ua=1> (accessed 21.09.2019).
3. OECD/WHO/World Bank Group. Delivering Quality Health Services: A Global Imperative, WHO, 2018. Режим доступа: <https://doi.org/10.1787/9789264300309-en> (дата обращения 20.09.2019).
4. The quality of medical care. *Informatsionnyy byulleten' dlya rukovoditeley zdavookhraneniya*. 2005;(6) (in Russian).
5. Guidelines for monitoring and evaluation of human resources for health, adapted for use in low- and lower-middle-income countries. 2012. Available at: <http://www.who.int/publications/abstracts/handbook-on-monitoring-and-evaluation-of-human-resources-for-health-with-special-applications-for-low-and-middle-income-countries> (accessed 21.09.2019) (in Russian).
6. WHO guidance on supporting health policies and systems to optimize programs for health workers. Geneva: World Health Organization; 2018. Available at: <https://www.who.int/hrh/resources/19-091-WHOGuidelines-ru.pdf>. (accessed 21.09.2019) (in Russian).
7. Burdastova Yu. V. Mentoring in the health care system: trend or necessity? *Narodonaseleniye*. 2020;23(1):148—54 (in Russian).
8. Aksonova E. I., Aleksandrova O. A., Alikperova N. V., Bogdan I. V., Burdastova Yu. V., Vinogradova K. V., et al. Development of human resources for the capital's healthcare. Collective Monograph [*Razvitiye kadrovogo potentsiala stolichnogo zdavookhraneniya. Kollektivnaya Monografiya*]. Moscow: 2019: 244 p. (in Russian).
9. Yarasheva A. V., Aleksandrova O. A., Medvedeva E. I., Alikperova N. V., Kroshilin S. V. Problems and prospects of staffing in Moscow health care. *Ekonomicheskiye i sotsial'nyye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz*. 2020;13(1):174—90. doi: 10.15838/esc.2020.1.67.10 (in Russian).
10. Aleksandrova O. A., Yarasheva A. V., Aksonova E. I., Alikperova N. V., Nenakhova Yu. S. Administrative personnel in Moscow health care: search for answers to pressing questions. *Problemy sotsial'noy gigeny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(S):522—8. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-si1-522-528 (in Russian).
11. Esaulova I. A. New models of mentoring in the practice of training and personnel development. *Strategii biznesa*. 2017;(6):8—13. Available at: https://www.cfin.ru/management/people/dev_val/mentoring_models_personnel_learning.shtml (accessed 21.03.2020) (in Russian).
12. Tyutenova Zh.A. On the issue of mentoring in the health care system. *Molodoy uchenyy*. 2016;(14):241—3. Available at: <https://moluch.ru/archive/118/32659> (accessed 21.03.2020) (in Russian).
13. Kostanyan A. A. Methodology for assessing the managerial competencies of modern health care organizers as an indicator of the level of customer focus of a medical organization. *Vestnik YUURGU. Seriya «Ekonomika i menedzhment»*. 2016;10(4):94—103. doi: 10.14529/em160414 (in Russian).

Холовня-Волоскова М. Э.^{1,2}, Толкушин А. Г.¹, Корнилова Е. Б.¹, Завьялов А. А.¹

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИДОВ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

¹ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;²Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland

В статье представлены некоторые подходы к классификации учреждений по оценке медицинских технологий (ОМТ), а также выделены основные виды ОМТ. Учреждения по ОМТ в разных странах могут быть организованы на национальном (федеральном), региональном или локальном уровнях; могут иметь разный уровень зависимости от органов государственных власти (независимые, публичные, зависимые), различные источники финансирования (государственное, смешанное). Может различаться характер задач и спектр полномочий учреждений по ОМТ: регуляторный, организационный или консультативный. Они могут сами инициировать ОМТ (проактивно) или же проводить ОМТ по предложениям заявителей и анализировать качество представленных отчетов о проведенных ОМТ (реактивно). ОМТ может быть сфокусирована на экономической оценке, сравнительной клинической оценке, а также сбалансированно — как на экономической, так и на сравнительной клинической оценке. Предметом ОМТ могут являться лекарственные препараты, изделия медицинского назначения, а также медицинские технологии. Методы проведения ОМТ существенно зависят от ее предмета. По объему проводимой оценки можно выделить полную ОМТ, мини-ОМТ и экспресс-ОМТ, а также fast-track-ОМТ, предложенную агентством по ОМТ в Великобритании. Конкретизированы конечные пользователи ОМТ (администрация, поставщики, пациенты) и виды ее восприятия (инструментальное, концептуальное и формальное). Увеличение количества медицинских технологий, оценку которых следует провести для сохранения бюджетной дисциплины, повышает востребованность ОМТ для принятия обоснованных решений. Многогранность ОМТ указывает на ее универсальность и может способствовать дальнейшему расширению ее применения на разных уровнях оказания медицинской помощи по всему миру.

К л ю ч е в ы е с л о в а : оценка медицинских технологий; оценка технологий здравоохранения; оценка технологий в здравоохранении; учреждения по оценке медицинских технологий

Для цитирования: Холовня-Волоскова М. Э., Толкушин А. Г., Корнилова Е. Б., Завьялов А. А. Сравнительная характеристика видов оценки медицинских технологий. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(специальный выпуск):1168—1175. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1168-1175>

Для корреспонденции: Холовня-Волоскова Мальвина Альбертовна — начальник отдела оценки медицинских технологий ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». E-mail: kholovnyame@zdrav.mos.ru

Holovnya-Voloskova M. E.^{1,2}, Tolkushin A. G.¹, Kornilova E. B.¹, Zavyalov A. A.¹

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF TYPES OF MEDICAL TECHNOLOGIES ASSESSMENT

¹State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115088, Moscow, Russian Federation;²Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland

This article presents the results obtained during the analysis of different types of health technology assessment (HTA). In the world HTA agencies can be organized at the national (federal), regional or local levels; they can have various levels of dependence on public authorities (independent, public, dependent), various sources of financing (state, mixed). The nature of the tasks and the range of powers of the institutions for HTA differ: regulatory, organizational or advisory. They themselves can initiate HTA (proactive), or they can conduct HTA at the suggestion of the applicants and analyze the quality of the HTA reports provided (reactively). HTA can be focused on economic assessment, comparative clinical assessment, as well as balanced, both on economic and comparative clinical assessments. HTA may be conducted on drugs, medical devices, and other medical technologies. The methods for conducting HTA significantly depend on its subject. In terms of the scope of the assessment, it is possible to single out full OMT, mini-OMT and express-OMT, as well as fast-track-OMT, proposed by the HTA agency in the UK. The final users of HTA (administration, suppliers, patients) and its perceptions (instrumental, conceptual, or formal) are specified. The impact of HTA on decision-making is progressively increasing, as the number of medical technologies that should be assessed to maintain budget discipline is increasing. The versatility of HTA indicates its universality and can contribute to the further expansion of its application at various levels of medical care around the world.

К е y o r d s : health technology assessment; express-HTA; mini-HTA; HTA-agencies.

For citation: Holovnya-Voloskova M. E., Tolkushin A. G., Kornilova E. B., Zavyalov A. A. Comparative characteristics of types of medical technologies assessment. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(Special Issue):1168—1175 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1168-1175>

For correspondence: Kholovnya-Voloskova Malvina Albertovna, Head of the Medical Technology Assessment Department of the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, 115088 Moscow, Russian Federation. E-mail: kholovnyame@zdrav.mos.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020

Введение

В соответствии с определением Всемирной организации здравоохранения, под термином «оценка

медицинских технологий» (ОМТ; health technology assessment; также может быть переведено как оценка технологий здравоохранения и оценка технологий в

здравоохранении) понимается мультидисциплинарная систематическая оценка предпосылок и последствий использования медицинских технологий (МТ), которая способствует принятию управленческих решений на основе достоверных научных исследований и результатов экономического анализа в условиях конкретной системы здравоохранения. При этом понятие health technology (МТ, технология здравоохранения) включает применение лекарственного препарата (ЛП) или медицинского изделия при конкретном заболевании, хирургическое вмешательство, оздоровительные или скрининговые программы, а также решения, касающиеся управления в здравоохранении. МТ имеет две составляющие: вмешательство и конкретное показание, при котором она используется [1].

Целью ОМТ является выявление предпочтительного с точки зрения затрат, эффективности (действенности, полезности, выгоды) и безопасности варианта оказания медицинской помощи с использованием МТ, как, например, применение ЛП, медицинского изделия, услуги, а также программы для оказания медицинской помощи для профилактики, диагностики или лечения заболеваний.

Вопросы, на которые отвечает ОМТ:

1. Имеет ли эта МТ доказанную эффективность?
2. Какой из рассматриваемых вариантов является наиболее эффективным и в какой степени он лучше, чем другие?
3. Какой из вариантов является наиболее рентабельным и в какой степени он выгоднее, чем другие?
4. Оправдано ли финансирование МТ в пределах имеющихся средств? Если МТ получает привилегированное положение на рынке (например, реимберсмент), с какими изменениями это связано? [2]

Принципами ОМТ являются:

- использование фактических данных;
- мультидисциплинарность;
- направленность на принятие решений [3].

ОМТ впервые была описана в 1970-х гг. в США [4]. Термин «оценка технологий» появился раньше, в 1960-е гг. В качестве первых оцененных технологий были рассмотрены транспортные средства. В 1976 г. в США Офисом по оценке технологий (Office of Technology Assessment) был опубликован отчет, посвященный анализу возможностей оценки развивающихся технологий в здравоохранении. Предпосылкой появления этого отчета являлся ощутимый рост затрат на медицинскую помощь, связанный с

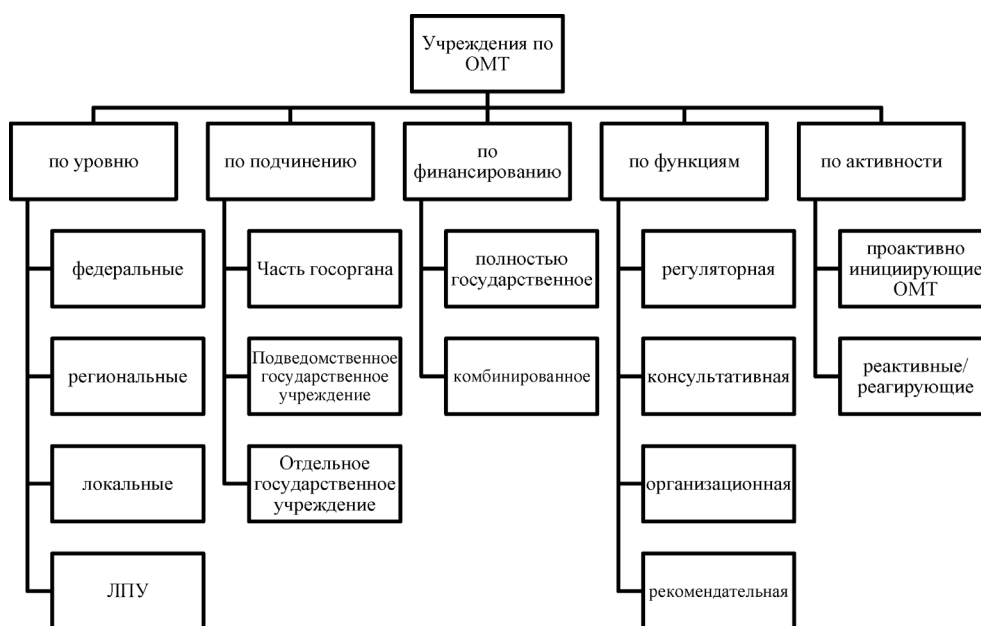


Рис. 1. Подходы к классификации учреждений по ОМТ.

медицинским оборудованием. Первые организации по ОМТ появились в 1980-х гг. в Европе (Испании, Франции и Швеции), позже — в Канаде.

В России некоторые компоненты и аналоги ОМТ отражены в рамках концепции клинико-экономического анализа, предложенной в 1998 г. С 2014 г. они также используются при формировании перечней ЛП, необходимых для оказания медицинской помощи (жизненно необходимых и важнейших ЛП, дорогостоящих ЛП, ЛП для обеспечения отдельных категорий граждан, минимального ассортимента ЛП) на федеральном уровне [5].

Органами управления здравоохранения в субъектах РФ осознана актуальность ОМТ на региональном уровне. Возможными причинами повышения интереса к ОМТ на этом уровне могут являться появление дополнительных возможностей и полномочий региональных властей в сфере здравоохранения, появление новых медицинских или медико-информационных технологий, а также лимитированное финансирование медицинской помощи.

В России существуют различия между потребностями системы здравоохранения на федеральном и региональном уровне, а также различия между регионами. Это затрудняет внедрение общих и единых подходов к ОМТ на разных уровнях организации медицинской помощи и в разных регионах [6].

Целью исследования стала классификация видов ОМТ по различным критериям для оценки и выбора модели ОМТ на региональном уровне.

Материалы и методы

Проведен поиск по разным методам деления ОМТ на основании различий в организации самой оценки, а также ее проведения, результата и применения. Поиск проводился несистематическим образом по общедоступным и научным базам данных с использованием ключевых слов: health technology as-

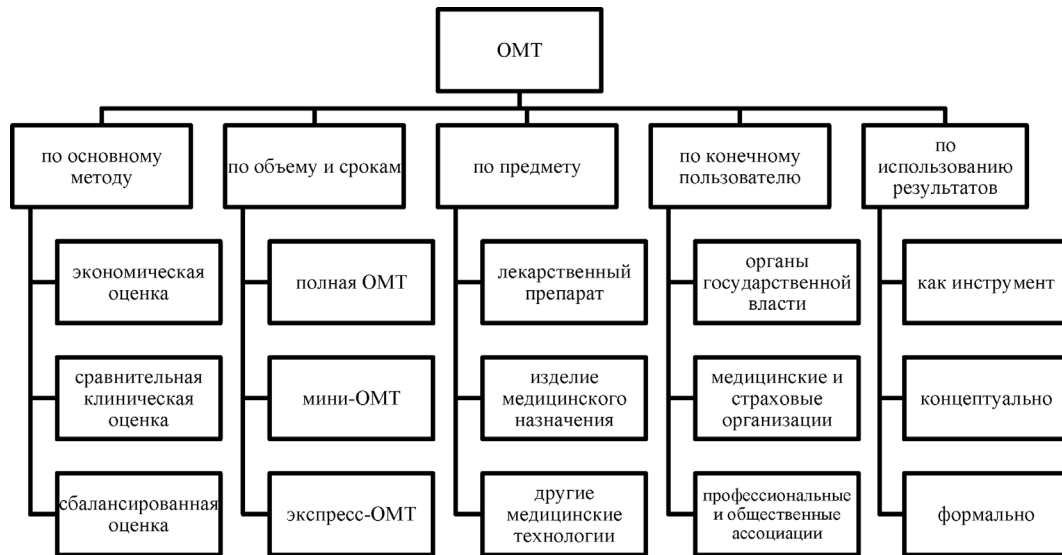


Рис. 2. Подходы к классификации видов ОМТ.

assessment, division, types, levels, drugs, medical devices, patients, providers, regulators, mini-HTA, rapid review, fast-track appraisal и др.

Результаты

В ходе анализа отдельно классифицировали:

- 1) учреждения по ОМТ по уровню, задачам, финансированию, связью с заказчиками ОМТ (рис. 1);
- 2) методы и модели ОМТ по объему, скорости проведения, перспективе (рис. 2).

Виды учреждений по ОМТ

Уровень учреждения по ОМТ

В некоторых странах имеется только одна структура по ОМТ, в других — несколько. Учреждения по ОМТ могут быть организованы на разных уровнях:

- федеральном;
- региональном;
- локальном;
- уровне лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) [7].

На федеральном или региональном уровне ОМТ используется преимущественно для принятия решений о включении МТ (ЛП, медицинских изделий или процедур) в государственные программы, финансируемые из федерального или регионального бюджета [8]. Заинтересованными сторонами являются федеральные или региональные государственные органы, лица, принимающие решения, регуляторные органы. Оценке обычно подвергают клинические и экономические характеристики рассматриваемой МТ.

В случае оценки на уровне ЛПУ, кроме определения предпочтений в выборе МТ, важную роль играют организационные вопросы внедрения данной МТ в практику, потому что заинтересованные лица на этом уровне ОМТ (руководство ЛПУ и практикующие врачи) непосредственно организуют ее использование. Часто решения, принимаемые этими

специалистами, касаются того, стоит ли больнице закупать медицинское оборудование.

Потребность в нескольких учреждениях, проводящих ОМТ на разных уровнях, определяется законодательствами отдельных стран, каналами финансирования МТ, а также особенностями принятия решений.

Примером страны, где имеется одно, центральное учреждение по ОМТ, является Польша. В Испании представлена сеть региональных учреждений, которые объединены между собой. В Италии такие структуры по ОМТ работают независимо от центрального агентства по ОМТ. Одно главное учреждение по ОМТ и несколько дополняющих его работу представлено в Великобритании. В Германии имеются два основных органа по ОМТ: DAHTA (Deutsche Agentur für Health Technology Assessment) и IQWiG (Institute for Quality and Efficiency in Health Care) [9]. Локальной и больничной ОМТ уделяется особое внимание в скандинавских странах (Норвегия, Дания) [10].

Уровень независимости учреждений по ОМТ

Учреждения по ОМТ различаются по уровню зависимости от государственных органов:

- часть регуляторного органа, отвечающего за здравоохранение страны (региона);
- структура, учредителем которой является регулятор;
- отдельное государственное учреждение.

Например, испанская сеть агентств redETS (La Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud) была учреждена Министерством здравоохранения, потребления и социальной защиты Испании. Французское агентство HAS (Haute Autorité de Santé) является независимой публичной структурой [7]. Сингапурское ACE (Agency for Care Effectiveness) — часть Министерства здравоохранения [11].

Финансирование учреждений по ОМТ

Кроме формальной зависимости уровень независимости учреждения по ОМТ зависит от модели финансирования. Учреждения по ОМТ могут получать финансирование из следующих источников:

- полностью из бюджетных средств;
- частично из средств заявителей и бюджетных средств.

В большинстве случаев основным источником финансирования учреждений по ОМТ являются бюджетные средства. В ряде случаев частные компании могут обращаться на возмездной основе в учреждения по ОМТ. Таким образом они частично участвуют в финансировании деятельности, например, при обращении за научным консультированием. Учреждение по ОМТ в Великобритании (NICE) было одним из первых в мире агентств по ОМТ, предложившим эту услугу в 2009 г. в Великобритании. В некоторых странах (например, в Канаде и Австралии) при подаче заявки на ОМТ заявитель оплачивает сервисный сбор. В NICE введение сервисного сбора обсуждается [8].

Функции учреждения по ОМТ

Учреждения могут иметь разные функции:

- регуляторно-разрешительную (одобрение МТ к применению);
- консультативную;
- организационную;
- рекомендательную (разработка клинических рекомендаций).

Агентства — участники redETS (Испания) проводят оценку ЛП, медицинских изделий и цифровых МТ, но также являются разработчиком клинических руководств и организатором предоставления медицинских услуг.

По результатам ОМТ, проведенным HAS (Франция), готовятся рекомендации по использованию МТ для Национального фонда медицинского страхования (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, UNCAM), Экономического комитета продуктов здравоохранения (Economic Committee for Health Products, CEPS) и Министерства здравоохранения. Решение о включении ЛП в список возмещаемых ЛП принимает Министерство здравоохранения Франции, в то время как UNCAM принимает решение о размере софинансирования ЛП [12].

NICE принимает решения по внедрению МТ, которые носят регуляторно-разрешительный характер. NICE проводит оценку с точки зрения британской Национальной системы здравоохранения или общества, а большинство материалов по его работе публикуются на сайте учреждения [9].

Активность учреждения по ОМТ

В зависимости от активности учреждения по ОМТ можно выделить:

- реактивные, иницирующие;

- проактивные, иницирующие — самостоятельно проводят полноценную ОМТ [12].

Учреждения по ОМТ могут самостоятельно проводить полноценную ОМТ. То есть имеют штат компетентных сотрудников, работа которых финансируется из государственного бюджета. Такие учреждения встречаются в странах с многолетней опытом ОМТ. Примерами таких учреждений являются американский AHRQ (The Agency for Healthcare Research and Quality), британский NICE, французский HAS или шведский SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering).

В случаях, когда экономические и кадровые возможности учреждений по ОМТ ограничены, полноценные отчеты по ОМТ разрабатываются на стороне заявителя, а сотрудники учреждения по ОМТ проводят оценку этих отчетов. Этот тип представлен агентствами Австралии (MSAC, Medical Services Advisory Committee и PBAC — Pharmaceutical Benefits Advisory Committee), Нидерландов, Канады (CADTH — Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health) и Швейцарии (BSV — Bundesamt für Sozialversicherungen). Реактивные агентства по ОМТ выполняют оценку качества (достоверности, объективности, полноты) предоставляемых анализов и предоставление заключений и предложений для лиц, принимающих решения в сфере здравоохранения [13].

Проведение, результаты и применение ОМТ

Приоритетные методы ОМТ

Приоритет в выборе методов ОМТ может быть отдан:

- экономической оценке;
- качественной сравнительной оценке эффективности и безопасности;
- сбалансированной оценке.

На первом этапе развития учреждения по ОМТ использовали преимущественно экономическую оценку МТ, которая включала оценку экономической эффективности и влияния на бюджет [14]. Приоритетность экономической оценки имеет такие положительные стороны, как четкость и объективность. Однако данный подход часто непонятен лицам, принимающим решения, а также неприменим для многих дорогостоящих МТ, например, при редких заболеваниях. Данную модель ОМТ используют как в проактивных (Великобритания), так и в реактивных агентствах по ОМТ (Польша, Венгрия).

В другом варианте оценки приоритет был отдан модели сравнительной оценки эффективности и безопасности, которая сосредоточена на клинических аспектах МТ. Сильными сторонами такого вида оценки являются внимание к терапевтической ценности и лучшее восприятие ее лицами, принимающими решения (в отличие от первой модели), избежание принятия сложных решений в пользу коллективного экспертного суждения, а также более простая настройка критериев принятия решений с учетом местных особенностей. Возможными недостат-

Сравнение трех основных видов ОМТ по ее объемам и срокам проведения (адаптировано из «The AdHOpHTA Handbook»)

Составляющая ОМТ	Полная ОМТ	Мини-ОМТ	Экспресс-ОМТ
Характеристики и текущее использование МТ (в том числе в других странах)	+	+	+
Оценка безопасности и эффективности	+	+	+
Анализ литературы	Всесторонний систематический обзор литературы или систематический обзор доказательств высокого уровня	Систематический обзор доказательств высокого уровня	Анализ только доказательств высокого уровня или недавних доказательств, ограничение поиска литературы 1 или 2 базами данных
Определение экономической эффективности МТ (на основании проведенного фармако-экономического анализа)	+	+	При необходимости
Информация о затратах или финансовом воздействии	+	+	При необходимости
Критическая оценка качества доказательной базы	+	+	При необходимости
Организационные вопросы о введении МТ	+	При необходимости	При необходимости
Срок проведения	3–6 мес	1–3 мес	14–21 дней

ками являются низкая прозрачность и невозможность сравнения МТ, применяемых в разных областях медицины. Данный вид оценки преобладает во Франции и Японии.

Совместно экономическая оценка и сравнительная оценка эффективности и безопасности на основе многокритериального анализа принятия решений — сбалансированная оценка учитывает экономические факторы, терапевтическую ценность и соответствие приоритетам политики здравоохранения. Страны, в которых агентства по ОМТ ближе всего к данной модели, — это Канада и Австралия [13, 15].

Объем ОМТ и срок ее проведения

ОМТ может проводиться в разном объеме:

- полная ОМТ;
- мини-ОМТ;
- экспресс-ОМТ.

В состав ОМТ могут входить следующие разделы:

1. Анализ эффективности.
2. Фармако-экономический анализ.
3. Анализ других факторов, влияющих на результат оценки.

В отличие от полной ОМТ при проведении мини-ОМТ анализ эффективности проводится на основании проведенного систематического обзора доказательств высокого уровня, а не всей литературы; организационные, этические и другие соображения внедрения МТ определяются только при необходимости. Как при мини-ОМТ, так и при экспресс-ОМТ обычно используют сокращенную форму или контрольный список вопросов, а не детальный протокол ОМТ. Ответы на вопросы контрольного списка часто достаточны для принятия решений. Объем отчета по мини-ОМТ составляет примерно 5—7 страниц. Подготовка такого отчета занимает 14—21 день. Мини-ОМТ является более гибким инструментом, который можно в сжатые сроки адаптировать для использования на региональном, муниципальном уровне или уровне ЛПУ. В частности, могут быть учтены цели, которые стоят перед лицами, принимающими решения о внедрении МТ на этих уровнях, а также их специфические требования. Мини-ОМТ можно проводить, когда необходимо:

- оценить новые методы лечения;

- оценить применение технологий в новом показании для применения,
- составить проект бюджета.

При проведении мини-ОМТ может быть выявлена и обоснована необходимость полной ОМТ. Кроме этого, полная ОМТ может потребоваться в случае, если ожидается, что внедрение новой МТ может изменить клиническую практику лечения заболеваний, или может потребовать существенных бюджетных средств, или будет охватывать большую, неоднородную популяцию пациентов.

Экспресс-ОМТ является более сжатым по сроку и объему вариантом мини-ОМТ. Применение экспресс-ОМТ может быть целесообразным для оценки МТ, которые уже находятся в обращении и финансируются за счет бюджетных источников, а также для оценки отдельных характеристик применяемых или новых МТ. При проведении экспресс-ОМТ литературный поиск ограничен 1—2 источниками и 1—2 базами данных. Источники сведений об эффективности и безопасности для экспресс-ОМТ обычно ограничены исследованием высокого уровня доказательности или новым исследованием.

Выбор между проведением экспресс-ОМТ, мини-ОМТ или полной ОМТ основан на балансе между качеством, детальностью и требованиями к срокам. В таблице представлено сравнение характеристик трех основных видов ОМТ [16, 17].

В 2017 г. NICE внедрила ускоренную оценку (FTA, fast-track appraisal), которая была разработана для того, чтобы быстрее сделать доступными те технологии, в которых NICE может быть уверен, что инкрементальный показатель «затраты—эффективность» (ICER) при их использовании ниже 10 тыс. фунтов стерлингов за QALY. FTA ограничивает роль группы по рассмотрению фактических данных до предоставления комментариев и технических суждений о доказательствах, полученных от производителя. В FTA также привлекается непосредственно персонал NICE к оценке — сотрудники секретариата NICE работают вместе с группой по рассмотрению фактических данных для подготовки совместной технической справки для использования комитетом по оценке. Помимо обобщения имеющихся фактических данных указывается также объем потенциальных рекомендаций, основанный на приме-

нении стандартной схемы принятия решений NICE [17].

Предмет ОМТ

Предметом ОМТ является МТ. Основными МТ, которые обычно рассматривают при целенаправленной ОМТ, являются ЛП и изделия медицинского назначения.

Различия между оценкой ЛП и медицинских изделий, которые влияют на методы, применяемые в ОМТ:

- жизненный цикл продукта;
- клиническая оценка;
- проблемы пользователей;
- затраты и экономическая оценка;
- интеллектуальная собственность [18].

Различия между медицинскими изделиями и ЛП могут требовать применения различных методов и критериев оценки. В частности, по сравнению с ЛП, медицинские изделия обычно имеют более короткий жизненный цикл [19, 20]. Устройства предыдущих поколений устаревают при появлении инноваций [21]. Последствием более короткого жизненного цикла медицинского изделия является то, что оценка медицинских изделий при запуске на рынок обычно основывается на ограниченных данных о безопасности, эффективности, действенности и соотношения их цены и качества. Использование медицинских изделий может предполагать их техническое обслуживание, а также потенциальную нестабильность отдельных составляющих частей изделия, которая может повлиять на общую производительность устройства и возможные проблемы с его применением или зависимость от других устройств. Некоторые решения, предложенные для устранения этих проблем, включают получение максимально возможного количества данных для более точного прогнозирования срока службы медицинского устройства, использование соответствующих статистических методов для анализа различных типов данных, понимание требований к техническому обслуживанию с использованием проверенных инструментов, а также проведение оценки рисков и технического анализа минимальных требований для возможного несоответствия с другими медицинскими устройствами [20].

Использование некоторых медицинских изделий связано с тем, что их эффективность может зависеть от лица, которое их применяет (пациент, врач, медсестра и т. д.). Поэтому для обеспечения точности данных для ОМТ предлагается использовать данные как до, так и после внедрения изделия (оборудования) на рынок. Следует также учесть, что в случае использования медицинского изделия потребуются гарантии, что пользователи устройств проходят соответствующее обучение для снижения риска систематической ошибки при измерении клинической эффективности [21].

Затраты, связанные с поставкой, установкой, обучением пользователей, поставкой расходных материалов, техническим обслуживанием и текущим

оборудованием, являются важными факторами для надлежащей оценки влияния бюджета и экономической эффективности медицинских изделий [20]. По сравнению с лекарственными препаратами, пользователям может быть доступно больше различных схем закупок нового медицинского изделия. Например, производители могут предлагать бесплатную поставку медицинского оборудования в больницу при условии, что больница также заключила контракт на приобретение определенного количества расходных материалов.

Конечный пользователь отчета по ОМТ и использование результатов ОМТ

Отчеты по ОМТ можно классифицировать в зависимости от того, кто является их пользователем. М. Nivon и соавт. [22] разделили пользователей ОМТ на три группы:

- органы государственной власти (лица, принимающие решения на высоком уровне);
- медицинские и страховые организации;
- профессиональные и общественные ассоциации.

Эти три группы могут рассматривать ОМТ инструментально, концептуально и формально.

Органы государственной власти могут использовать результаты ОМТ как инструмент принятия решений о включении и исключении медицинских технологий в государственные программы, финансируемые из средств бюджета, пересмотра действующих программных мероприятий и т. п. Концептуально результаты ОМТ могут быть использованы для установления государственных приоритетов или иных политических вопросов высокого уровня. Для обеспечения выполнения уже принятых решений государственные регуляторы используют результаты ОМТ формально.

На уровне организаций, предоставляющих и/или оплачивающих медицинские услуги и другие МТ, результаты ОМТ могут быть использованы как инструмент для переговоров с поставщиками продукции, разработки и модификации стандартов и рекомендаций, как концептуальная база для обсуждения локальных реформ, а также как формальное, документально оформленное обоснование применяемых МТ перед вышестоящими органами.

Результаты ОМТ используют различные ассоциации как инструмент лоббирования их интересов, как основу для формирования своих позиций и политик (концептуальное применение).

Обсуждение

ОМТ как целенаправленный процесс сформировалась более 30 лет назад и активно используется во многих странах с разной правовой и культурной средой, системами здравоохранения и медицинского страхования. Ее влияние на принятие решений с каждым годом растет, т. к. увеличивается количество МТ, оценку которых следует провести для сохранения бюджетной дисциплины как страны, так и

маленькой больницы. Понимание ее многогранности — как в вопросах проведения, восприятия, предмета, так и учреждений по ОМТ — подчеркивает ее универсальность и может способствовать дальнейшему использованию на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Заключение

ОМТ, выполняемая на высоком научно-методологическом уровне, направленная на практическое применение МТ, может привести к существенной оптимизации затрат на здравоохранение и повышению их эффективности. Большое количество ее видов свидетельствует о том, насколько она применима в решении разных задач в здравоохранении.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. Health technology assessment of medical devices. 2011. Режим доступа: https://www.who.int/medical_devices/assessment/en/ (дата обращения 08.06.2020).
2. Воробьев П. А., Авксентьева М. В., Юрьев А. С. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи). М.: Ньюдиамед; 2004.
3. Introduction to mini-HTA — a management and decision support tool for the hospital service. Danish Center for Health Technology Assessment and Assessment (DACEHTA), Bruges National Health Council (eds.). Copenhagen; 2005. Available at: <https://www.sst.dk/~media/47C62A769EBC4E80A153F986C5348F55.ashx>.
4. Авксентьева М. В., Омеляновский В. В. Международный опыт оценки технологий в здравоохранении. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2010;(1):52—8.
5. Хабриев Р. У., Суходолов А. П., Спасенников Б. А., Безмельница Л. Ю., Мешков Д. О. Система принятия решений в программе льготного лекарственного обеспечения. *Известия Байкальского государственного университета*. 2018;28(1):6—11.
6. Khabriev R., Meshkov D., Bezmelnitsyna L., Cherkasov S., Berseneva E., Scahill S. Pharmaceutical policy in Russia. *Pharmaceutical policy in countries with developing healthcare systems*. 2017;12:261—85.
7. Омеляновский В. В., Никитина А. В., Лемешко В. А., Хачатрян Г. Р. Лекарственное обеспечение и оценка технологий здравоохранения во Франции. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2020;13(1):71—83. doi: 10.17749/2070-4909.2020.13.1.71-83
8. Хачатрян Г. Р., Омеляновский В. В., Мельникова Л. С., Ратушняк С. С. Международный опыт организации и финансового обеспечения агентств по оценке технологий здравоохранения. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2019;12(2):146—54. doi: 10.17749/2070-4909.2019.12.2.146-154).
9. del Llano-Señaris J. E., Campillo-Artero C. Health technology assessment and health policy today: a multifaceted view of their unstable crossroads. *Springer Books, Springer*; 2015: edition 127.
10. Health Technology Assessment (HTA) in the Nordic countries introduction to and status of HTA's role in the value chain of medical technology. 2017. Режим доступа: <https://www.nordicinnovation.org/sites/default/files/inline-images/Health%20Technology%20Assessment%20%28HTA%29%20in%20the%20Nordic%20countries.pdf>
11. Agency for care effectiveness. Government of Singapore. Режим доступа: <http://www.ace-hta.gov.sg/about-us.html>.
12. Huserreau D., Henshall C., Sampietro-Colom L., Thomas S. Changing health technology assessment paradigms? *Int. J. Technol. Assess. Health Care*. 2016;32(4):191—9. doi: 10.1017/s0266462316000386
13. Danko D. Health technology assessment in middle-income countries: recommendations for a balanced assessment system. *J. Mark. Access Health Policy* 2014;2(1):23181. doi: 10.3402/jmahp.v2.23181
14. Власов В. В., Плавинский С. Л. Варианты лекарственного обеспечения для России: уроки стран Европы и всего мира. М.: Медиасфера; 2013. С. 108.

15. Baran-Kooiker A., Czech M., Kooiker C. Multi-Criteria Decision Analysis (MCDA) Models in Health Technology Assessment of orphan drugs — a systematic literature review. Next steps in methodology development? *Front. Public Health*. 2018;6:287. doi: 10.3389/fpubh.2018.00287
16. Kidholm K., Ehlers L., Korsbek L., Kjærby R., Beck M. Assessment of the quality of mini-HTA. *Int. J. Technol. Assess. Health Care*. 2009;25(1):42—8. doi: 10.1017/s0266462309090060
17. Charlton V. NICE and Fair? Health Technology Assessment policy under the UK's National Institute for Health and Care Excellence, 1999—2018. *Health Care Anal.* 2020;28(3):193—227. doi: 10.1007/s10728-019-00381-x
18. Pecchia L., Craven M. P. Early stage Health Technology Assessment (HTA) of biomedical devices. The MATCH experience. IFMBE Proceedings. 2013;39:1525—8. doi: 10.1007/978-3-642-29305-4_401
19. Blüher M., Saunders S. J., Mittard V., Torrejon Torres R., Davis J. A., Saunders R. Critical review of European Health — Economic Guidelines for the Health Technology Assessment of medical devices. *Front. Med.* 2019;6:278. doi: 10.3389/fmed.2019.00278
20. Polisenia J., Castaldo R., Ciani O., Federici C., Borsci S., Ritrovato M., et al. Health technology assessment methods guidelines for medical devices: how can we address the gaps? The international federation of medical and biological engineering perspective. *Int. J. Technol. Assess. Health Care*. 2018;34(3):276—89. doi: 10.1017/s0266462318000314
21. Tarricone R., Torbica A., Drummond M. Challenges in the assessment of medical devices: the MedtecHTA project. *Health Econ.* 2017;26:5—12. doi: 10.1002/hec.3469
22. Hivon M., Lehoux P., Denis J. L., Tailliez S. Use of health technology assessment in decision making: coresponsibility of users and producers? *Int. J. Technol. Assess. Health Care*. 2005;21(2):268—75. doi: 10.1017/s0266462305050361

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. World Health Organization. Health technology assessment of medical devices. 2011. Режим доступа: https://www.who.int/medical_devices/assessment/en/ (дата обращения 08.06.2020).
2. Vorobyev P. A., Avksent'yeva M. V., Yur'yev A. S. Clinical and economic analysis (assessment, choice of medical technologies and quality management of medical care) [*Kliniko-ekonomicheskiy analiz (otsenka, vybor meditsinskikh tekhnologiy i upravleniye kachestvom meditsinskoy pomoshchi)*]. Moscow: Newdiamed; 2004 (in Russian).
3. Introduction to mini-HTA — a management and decision support tool for the hospital service. Danish Center for Health Technology Assessment and Assessment (DACEHTA), Bruges National Health Council (eds.). Copenhagen; 2005. Available at: <https://www.sst.dk/~media/47C62A769EBC4E80A153F986C5348F55.ashx>.
4. Avksent'yeva M. V., Omelyanovskiy V. V. International experience in assessing technologies in health care. *Meditsinskiye tekhnologii. Otsenka i vybor*. 2010;(1):52—8 (in Russian).
5. Khabriev R. U., Sukhodolov A. P., Spasennikov B. A., Bezmelnitsyna L. Yu., Meshkov D. O. Decision-making system in the program of preferential drug provision. *Izvestiya Baikalskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2018;28(1):6—11 (in Russian).
6. Khabriev R., Meshkov D., Bezmelnitsyna L., Cherkasov S., Berseneva E., Scahill S. Pharmaceutical policy in Russia. *Pharmaceutical policy in countries with developing healthcare systems*. 2017;12:261—85.
7. Omelyanovskiy V. V., Nikitina A. V., Lemeshko V. A., Khachatryan G. R. Medicine provision and health technology assessment in France. *Farmakoekonomika. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya*. 2020;13(1):71—83. doi: 10.17749/2070-4909.2020.13.1.71-83 (in Russian).
8. Khachatryan G. R., Omelyanovskiy V. V., Mel'nikova L. S., Ratushnyak S. S. International experience of organization and financial support of health technology assessment agencies. *Farmakoekonomika. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya*. 2019;12(2):146—54. doi: 10.17749/2070-4909.2019.12.2.146-154 (in Russian).
9. del Llano-Señaris J. E., Campillo-Artero C. Health technology assessment and health policy today: a multifaceted view of their unstable crossroads. *Springer Books, Springer*; 2015: edition 127.
10. Health Technology Assessment (HTA) in the Nordic countries introduction to and status of HTA's role in the value chain of medical technology. 2017. Available at: <https://www.nordicinnovation.org/sites/default/files/inline-images/Health%20Technology%20Assessment%20%28HTA%29%20in%20the%20Nordic%20countries.pdf>

11. Agency for care effectiveness. Government of Singapore. Available at: <http://www.ace-hta.gov.sg/about-us.html>.
12. Husereau D., Henshall C., Sampietro-Colom L., Thomas S. Changing health technology assessment paradigms? *Int. J. Technol. Assess. Health Care*. 2016;32(4):191—9. doi: 10.1017/s0266462316000386
13. Danko D. Health technology assessment in middle-income countries: recommendations for a balanced assessment system. *J. Mark. Access Health Policy* 2014;2(1):23181. doi: 10.3402/jmahp.v2.23181
14. Vlasov V. V., Plavinskiy S L. Variants of drug supply for Russia: lessons from European countries and the whole world [*Varianty lekarstvennogo obespecheniya dlya Rossii: uroki stran Yevropy i vsego mira*]. Moscow: Mediasfera; 2013. P. 108 (in Russian).
15. Baran-Kooiker A., Czech M., Kooiker C. Multi-Criteria Decision Analysis (MCDA) Models in Health Technology Assessment of orphan drugs — a systematic literature review. Next steps in methodology development? *Front. Public Health*. 2018;6:287. doi: 10.3389/fpubh.2018.00287
16. Kidholm K., Ehlers L., Korsbek L., Kjærby R., Beck M. Assessment of the quality of mini-HTA. *Int. J. Technol. Assess. Health Care*. 2009;25(1):42—8. doi: 10.1017/s0266462309090060
17. Charlton V. NICE and Fair? Health Technology Assessment policy under the UK's National Institute for Health and Care Excellence, 1999—2018. *Health Care Anal.* 2020;28(3):193—227. doi: 10.1007/s10728-019-00381-x
18. Pecchia L., Craven M. P. Early stage Health Technology Assessment (HTA) of biomedical devices. The MATCH experience. IFMBE Proceedings. 2013;39:1525—8. doi: 10.1007/978-3-642-29305-4_401
19. Blüher M., Saunders S. J., Mittard V., Torrejon Torres R., Davis J. A., Saunders R. Critical review of European Health — Economic Guidelines for the Health Technology Assessment of medical devices. *Front. Med.* 2019;6:278. doi: 10.3389/fmed.2019.00278
20. Polisenia J., Castaldo R., Ciani O., Federici C., Borsci S., Ritrovato M., et al. Health technology assessment methods guidelines for medical devices: how can we address the gaps? The international federation of medical and biological engineering perspective. *Int. J. Technol. Assess. Health Care*. 2018;34(3):276—89. doi: 10.1017/s0266462318000314
21. Tarricone R., Torbica A., Drummond M. Challenges in the assessment of medical devices: the MedtechHTA project. *Health Econ.* 2017;26:5—12. doi: 10.1002/hec.3469
22. Hivon M., Lehoux P., Denis J. L., Tailliez S. Use of health technology assessment in decision making: coresponsibility of users and producers? *Int. J. Technol. Assess. Health Care*. 2005;21(2):268—75. doi: 10.1017/s0266462305050361

Аксенова Е. И., Петрова Г. Д., Чернышев Е. В., Юдина Н. Н.
ПРОБЛЕМЫ ЭКСПОРТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИИ

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

Актуальность исследования обусловлена тем, что экспорт медицинских услуг как одно из направлений национального проекта «Здравоохранение» определяется уровнем включенности субъектов Российской Федерации в реализацию данного проекта. На данный момент в медицинских учреждениях как Москвы, так и в целом по Российской Федерации сохраняется дефицит квалифицированных менеджеров в этой сфере.

Цель исследования — на основе опроса слушателей образовательного цикла «Экспорт медицинских услуг» и интернет-опроса выявить, насколько медицинские учреждения России нуждаются в квалифицированных кадрах по экспорту медицинских услуг.

Проведены опрос 25 слушателей образовательного цикла по экспорту медицинских услуг и интернет-опрос сотрудников медицинских организаций 70 регионов России.

По результатам опроса выявлено, что все респонденты не знают, с чего начать экспорт медицинских услуг, и желают получить знания от специалистов этой индустрии с тем, чтобы сформировать собственный проект для своего медицинского учреждения. Из числа сотрудников медицинских организаций представители 64 регионов заявили, что желают получить знания по этой программе, а представители 6 регионов дали не совсем конкретные ответы.

Условия, связанные с эпидемией COVID-19, позволяют рекомендовать медицинским организациям г. Москвы и субъектов Российской Федерации реализовать образовательную программу в дистанционном формате, предусмотрев региональный компонент и методические рекомендации с учетом региональной специфики.

К л ю ч е в ы е с л о в а : субъекты Российской Федерации; менеджер-маркетолог; медицинские услуги; экспорт медицинских услуг; эффективность.

Для цитирования: Аксенова Е. И., Петрова Г. Д., Чернышев Е. В., Юдина Н. Н. Проблемы экспорта медицинских услуг в России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(специальный выпуск):1176—1179. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1176-1179>

Для корреспонденции: Петрова Галина Дмитриевна, д-р философ. наук, ведущий научный сотрудник ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ»; e-mail: petrovagd@zdrav.mos.ru

Aksenova E. I., Petrova G. D., Chernyshev E. V., Yudina N. N.
PROBLEMS OF MEDICAL SERVICES EXPORT IN RUSSIA

State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115088, Moscow, Russian Federation

The relevance of the study is due to the fact that the export of medical services as one of the areas of the national project “Healthcare” is determined by the level of involvement of the constituent entities of the Russian Federation in the implementation of this project.

The aim of the study is to identify how many medical institutions in Russia need qualified personnel for the export of medical services based on a survey of students in the educational cycle “Export of medical services” and an online survey.

The analysis shows that at the moment, in medical institutions both in Moscow and the whole Russian Federation, there is a shortage of qualified managers in this area. 25 students of the educational cycle on the export of medical services were interviewed. 100% of the respondents do not know where to start exporting medical services and want to gain knowledge on promoting medical services in their organization. An online survey of 70 regions of the Russian Federation showed that representatives of medical organizations in 64 regions want to receive knowledge on this program, which is more than 90%, the remaining representatives of 6 regions gave not very specific answers. This is a serious problem hampering medical institutions to occupy their segment in the international market.

The results of the study show that 100% of the respondents do not know where to start exporting medical services to a medical organization, they want to gain new knowledge and skills in the learning process in order to form their own project for their medical institution, to organize and promote medical services both for domestic and international market. All 25 respondents (100%) would like to receive new knowledge from specialists in this industry who know this problem from the inside, solving the key tasks step by step.

The conditions associated with the COVID-19 epidemic make it possible to recommend medical organizations in Moscow and the constituent entities of the Russian Federation to implement the educational program in a remote format, providing for a regional component and methodological recommendations taking into account regional specifics.

К e y o r d s : regions; marketing manager; medical services; export of medical services; efficiency.

For citation: Aksenova E. I., Petrov G. D., Chernyshev E. V., Yudina N. N. Problems of medical services export in Russia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravoookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1176—1179 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1176-1179>

For correspondence: Petrova Galina Dmitrievna, Doctor of Philosophy, Leading Researcher of the State Budgetary Institution of Moscow, Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Moscow Department of Health, E-mail: PetrovaGD@zdrav.mos.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020

Изучение приоритетных направлений экспорта медицинских услуг (ЭМУ) в России позволило выявить, что многие регионы достаточно давно вышли

на внешний рынок и активно предоставляют медицинские услуги, однако есть регионы, богатые медицинскими ресурсами, но не активные в плане реали-

зации своих услуг. Также выявлены регионы, которые не располагают на сегодняшний день актуальными направлениями, но имеют богатый рекреационный потенциал. При опросе выяснилось, что причина того, что не все регионы активно включились в национальный проект «Здравоохранение» по ЭМУ, заключается в том, что у организаций нет четкого понимания, с чего начать работу, и нет грамотных менеджеров в сфере маркетинга предоставляемых услуг.

Изучение сервиса по поиску работу Headhunter за последний месяц, опрос слушателей образовательного цикла по ЭМУ и интернет-опрос показал, что на сегодняшний день большинство медицинских организаций (МО) России имеют вакантные должности менеджера по ЭМУ. Это сигнализирует о серьезной проблеме системы здравоохранения и необходимости ее решения в рамках национального проекта «Здравоохранение». Дефицит квалифицированных менеджеров по организации и продвижению медицинских услуг может привести к отрицательному результату и скажется на эффективности работы МО.

Возникшая серьезная проблема, тормозящая деятельность МО, показывает необходимость организации образовательных циклов по программе «Экспорт медицинских услуг» для МО, направленных на приобретение новых знаний и умений в сфере маркетинга предоставляемых услуг.

Образовательная программа может реализовываться в дистанционном формате с активным вовлечением МО субъектов Российской Федерации, предусматривать региональный компонент и методические рекомендации для МО с учетом их региональной специфики.

Материалы и методы

Опрос 25 слушателей образовательного цикла по программе «Экспорт медицинских услуг» проведен по анкете с вариантами ответов (таблица).

Результаты исследования

Опрос слушателей цикла по программе «Экспорт медицинских услуг» показал следующие результаты:

1. На вопрос «Кто в МО должен заниматься организацией и продвижением медицинских услуг?» правильно не ответил ни один респондент.

2. На вопрос «С чего начать маркетинг предоставляемых услуг?» правильно ответили только 6 (24%) респондентов, потому что они работали экономистами и представителями отдела платных медицинских услуг МО.

3. На вопрос «На что нужно обратить особое внимание при организации ЭМУ?» большинство респондентов ответили, что необходимо обратить особое внимание на уровень подготовки специалистов.

4. На вопрос «Нужна ли обучающая программа для организации ЭМУ?» все респонденты ответили, что необходимо для всех представителей МО организовать образовательный цикл по программе «Экспорт медицинских услуг».

5. На вопрос «Что вы хотели бы узнать, обучаясь по этой программе?» все респонденты ответили, что хотели бы получить новые знания и умения в сфере организации и продвижения медицинских услуг как на внутреннем, так и на международном рынке.

6. На вопрос «Кто должен вести этот цикл?» все респонденты ответили, что желали бы услышать специалистов этой индустрии, которые знают эту проблему изнутри.

Интернет-опрос представителей МО 70 регионов РФ показал, что представители 64 регионов желают получить знания по этой программе, а представители 6 регионов дали не совсем конкретные ответы. Это серьезная проблема, тормозящая усилия МО занять свой сегмент на международном рынке.

Обсуждение

МО должны принять конкретные меры для эффективного ведения ЭМУ. Одним из приоритетных направлений решения проблемы является организа-

Анкета для слушателей образовательного цикла по программе «Экспорт медицинских услуг»

№ п/п	Вопрос	Варианты ответов				
1.	Кто в МО должен заниматься организацией и продвижением медицинских услуг?	Экономист	Руководитель медицинской организации	Руководители структурных подразделений	Не знаю	Скорее всего заместитель главного врача по экономическим вопросам
2.	С чего начать маркетинг предоставляемых услуг?	Дать объявление в СМИ	Включить связи главного врача	Структурные подразделения сами должны найти выход на внешний рынок	Точного ответа не знаю	С внутреннего аудита МО
3.	На что нужно обратить особое внимание при организации ЭМУ?	На инфраструктуру	На репутацию МО	На уровень подготовки специалистов	Затрудняюсь ответить	На интеллектуальный уровень работников
4.	Нужна ли обучающая программа для МО по ЭМУ?	Да	Обязательно для всех руководителей структурных подразделений	Всем работникам, потому что мы один коллектив	Скорее да, чем нет	Да, обязательно
5.	Что вы хотели бы узнать, обучаясь по этой программе?	Все азы экспорта медицинских услуг	Все, что предусмотрено программой	Самое необходимое для реализации медицинских услуг	Чтобы можно было ответить на вопросы, с чего начать и кто этим должен заниматься	Всю процедуру, при организации ЭМУ поэтапно
5.	Кто должен вести этот цикл?	Авторитетные спикеры	Однозначно, специалисты, работающие в этом направлении	Специалисты по медицинскому туризму	Только специалисты, работающие по ЭМУ	Руководители, занимающиеся ЭМУ

ция образовательных циклов для МО по программе «Экспорт медицинских услуг» как в очном, так и в дистанционном формате, направленных на приобретение новых знаний и умений.

Программа должна предусмотреть изучение МО своего внутреннего потенциала: возможности специалистов, медицинских технологий и финансовой составляющей, провести проверку готовности МО к ЭМУ. Без знаний потенциала организации нет смысла пытаться выйти как на внутренний, так и на внешний рынок.

Каждая государственная МО имеет установленный объем государственного задания по оказанию медицинской помощи гражданам Российской Федерации и иным резидентам. Для определения внутреннего потенциала МО по оказанию медицинских услуг иностранным пациентам необходимо оценить временные и трудовые затраты на выполнение государственного задания, определить объем платных медицинских услуг, оказываемым гражданам России. Данные расчеты производятся на основании технологических карт. И лишь остаток временных, трудовых и технологических ресурсов будет являться внутренним потенциалом МО, который можно использовать для оказания медицинских услуг нерезидентам.

Результат внутреннего аудита МО может быть как положительным, так и отрицательным. Если у МО положительный потенциал, она должна понять, с кем будет в дальнейшем конкурировать, какими конкурентными преимуществами она должна обладать. Поэтому МО должна изучать слабые и сильные стороны, преимущества и недостатки свои и конкурентов.

МО должна рассмотреть критерии оценки к уровню готовности к работе с иностранными пациентами, учитывая международный опыт построения моделей развития медицинского туризма в организации. Для этого в МО необходимо внедрять процессы сертификации и приведения сервисной составляющей работы с иностранными пациентами к единым международным стандартам. Примерами сертификаций являются JCI (Joint Commission International, США), GHA (Global Healthcare Accreditation, США), Medical Tourism Certification (Medical Tourism International, Испания).

Образовательная программа должна предусмотреть решение возможных проблем при ЭМУ:

- визы;
- въезд;
- валютный контроль;
- миграционный учет;
- страхование профессиональной ответственности МО;
- услуги профессиональных переводчиков.

Штрафные санкции за нарушение требований и сроков миграционного учета иностранных пациентов достигают 400—500 тыс. руб. для организации и 40—50 тыс. руб. для должностного лица. В соответствии с письмом Министерства внутренних дел РФ в адрес Министерства здравоохранения РФ от

24.05.2019 № 20/19237 «По вопросу передачи сведений в рамках осуществления миграционного учета» следует, что МО имеют право выбрать способ передачи сведений и использовать при этом различные программно-аппаратные комплексы. В рамках образовательного курса будут подробно рассмотрены программно-аппаратные комплексы для миграционного учета.

Не менее важным вопросом является страхование профессиональной ответственности МО. За последние 5 лет в России значительно выросло число претензий, предъявляемых в связи с причинением вреда в результате врачебных и иных ошибок. По данным Судебного департамента при Верховном Суде РФ, количество обращений в Роспотребнадзор по качеству медицинских услуг с 2014 г. по 2018 г. выросло почти в 2 раза, количество заявленных исков — в 3 раза. При этом около 65% исков удовлетворяется судами в пользу пациентов. Суммы компенсаций, подлежащих возмещению, включая моральный вред, также увеличились и составляют до 3—5 млн руб. в случае гибели пациента. Максимальная сумма компенсации, взысканная судом с российской МО, составляет 17 млн руб.

Страхование профессиональной ответственности является инструментом регулирования рисков наступления профессиональной ответственности МО. В зарубежной практике данный вид страхования используется более 50 лет, в некоторых странах наличие договора страхования ответственности медицинского работника или МО является необходимым условием для получения разрешительной документации на ведение деятельности.

В образовательном курсе довольно глубоко должны рассматриваться технологии, применяемые в ЭМУ: планирование и проведение мероприятий по привлечению иностранных клиентов; участие в тематических выставках, ведущих международных выставках с целью формирования маркетинговых коммуникаций по оказанию услуг в рамках коллективных экспозиций Министерства здравоохранения РФ. Должны выстраиваться ключевые каналы коммуникации и маркетинг в социальных сетях. МО должны компетентно выстроить сферу взаимоотношений со СМИ, туристическими агентствами.

Выходя на международный рынок, МО должны повышать качество и безопасность оказания медицинской помощи [1, 2]. Показатели оценки качества и безопасности медицинской деятельности и результаты организации внутреннего контроля должны быть доступными для клиентов. Обязательно должна быть предусмотрена организация работы МО в условиях пандемии и постоянная поддержка системы оказания плановой медицинской помощи.

Каждый регион имеет свой неповторимый рекреационный потенциал, поэтому программой развития ЭМУ должны учитываться культурные, религиозные, этнические особенности регионов и ограничения при оказании медицинской помощи по этим показателям. МО должна предоставить широкий спектр сервиса: индивидуальное сопровождение, ка-

чественное техническое оснащение, высокотехнологичные решения медицинских проблем, высокий профессионализм сотрудников, организация консультации с лучшими врачами, комплексное и специализированное лечение, заочная онлайн-консультация по вопросам, связанным с организацией тура, консультации клиента по вопросам выбора схемы лечения, клиники, ориентировочного срока пребывания, оперативное реагирование на просьбы и пожелания клиентов [2].

Стабильно должен проводиться анализ особенностей конкурентной борьбы на рынке (рыночные предложения, основные учреждения-конкуренты, их стратегическое направление деятельности); отслеживаться ценовая политика и спрос конкурентов.

Разбор в образовательном курсе наиболее эффективных каналов привлечения медицинских туристов в клиники России позволит МО выйти на совершенно новый уровень, даст слушателям возможность получить готовый проект уже в процессе обучения.

Образовательный цикл по программе «Экспорт медицинских услуг» должны вести авторитетные спикеры, работающие в этой индустрии немало лет. Они должны поддерживать и оказывать консультационную помощь при формировании проекта, чтобы слушатели смогли сделать успешной выбранную маркетинговую стратегию и обеспечить ее внедрение в деятельность клиники.

Каждая МО должна понимать: чтобы быть конкурентоспособной и выйти на международный рынок с целью занять свой сегмент на внешнем рынке, она

должна в своем составе иметь группу менеджеров по направлениям и построить командную работу.

Выводы

Проведенное исследование показало, что все респонденты желают сформированные в процессе обучения проекты внедрить в своей организации с помощью специалистов индустрии медицинского туризма, решая поэтапно ключевые задачи.

Условия, связанные с пандемией, позволяют рекомендовать медицинским организациям г. Москвы и субъектов России принимать участие в образовательных циклах по программе «Экспорт медицинских услуг» в дистанционном формате.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов И. В., Шарикадзе Д. Т., Боброва С. В. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике. *Вестник Росздравнадзора*. 2017;(4):79—82.
2. Решетников В. А. Организация медицинской помощи в Российской Федерации. М.: МИА; 2018: 432 с.

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Ivanov I. V., Sharikadze D. T., Bobrova S. V. Proposals (practical recommendations) on the organization of internal quality control and safety of medical activities in the clinic. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2017;(4):79—82 (in Russian).
2. Reshetnikov V. A. Organization of medical care in the Russian Federation [*Organizatsiya meditsinskoy pomoshchi v Rossiyskoy Federatsii*]. Moscow: MIA; 2018: 432 p. (in Russian).

© Аксенова Е. И., Петрова Г. Д., Чернышев Е. В., Юдина Н. Н.

УДК 339.564

Аксенова Е. И., Петрова Г. Д., Чернышев Е. В., Юдина Н. Н.**РЕКРЕАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА РОССИИ**

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

С начала 2019 года Российская Федерация вошла в глобальный рынок медицинского туризма благодаря утвержденному федеральному проекту «Развитие экспорта медицинских услуг». Уровень привлекательности страны как глобальной дестинации для медицинских туристов определяется рядом факторов: уровень медицинских технологий, транспортная доступность, близость к странам—донорам иностранных пациентов; уровень реализованности экспортного потенциала, международная репутация, медицинский маркетинг; уровень организации здравоохранения, международная подготовка персонала и др. Среди факторов, определяющих успех страны как дестинации медицинского туризма, особое место занимают рекреационный комплекс, санаторно-курортное лечение. Уровень развития рекреационного комплекса в рамках медицинского туризма выполняет сразу несколько задач: обеспечивает полный цикл оказания медицинской помощи иностранным медицинским туристам — от амбулаторного приема и лечение в стационаре до реабилитации и восстановления; санаторно-курортное лечение и реабилитация рассматриваются не только как составная часть комплекса медицинских услуг, но и как самостоятельное перспективное направление экспорта медицинских услуг отечественными организациями. Также драйвером развития санаторно-курортного комплекса России может стать борьба с последствиями COVID-19, когда сотни тысяч граждан сопредельных государств будут нуждаться в квалифицированной реабилитации. Цель исследования — выявить узкие места в стратегии развития рекреационного потенциала регионов РФ и внести предложения по его совершенствованию. Количество иностранных пациентов, получивших медицинскую помощь в период с января по май 2020 года, по федеральным округам составляет 729 000 чел. Данный показатель был достигнут в период пандемии и, следовательно, не отражает истинного потенциала реабилитации как элемента полного цикла оказания медицинской помощи иностранным пациентам. Целевой аудиторией для программ реабилитации являются до 100 000 иностранных пациентов.

К л ю ч е в ы е с л о в а : рекреационный потенциал; медицинский туризм; оздоровительно-лечебный туризм; экспорт медицинских услуг; санаторно-курортный туризм; SPA-центр

Для цитирования: Аксенова Е. И., Петрова Г. Д., Чернышев Е. В., Юдина Н. Н. Рекреационный потенциал медицинского туризма России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1180—1185. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1180-1185>

Для корреспонденции: Петрова Галина Дмитриевна, доктор философских наук, ведущий научный сотрудник ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ», E-mail: PetrovaGD@zdrav.mos.ru

Aksenova E. I., Petrov G. D., Chernyshev E. V., Yudina N. N.**RECREATIONAL POTENTIAL OF MEDICAL TOURISM OF RUSSIA**

State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115088, Moscow, Russian Federation

Since January 1, 2019, the Russian Federation has entered the global medical tourism market thanks to the approved federal project “Development of the export of medical services”. The level of attractiveness of a country as a global destination for medical tourists is determined by a number of factors: the level of medical technology, transport accessibility, proximity to donor countries of foreign patients; the level of realization of export potential, international reputation, medical marketing; the level of healthcare organization, international staff training, etc. Among the factors determining the success of the country as the destination of medical tourism, a special place is held by the recreational complex, spa treatment. The level of development of the recreational complex within the framework of medical tourism performs several tasks at once: it provides a full cycle of medical assistance to foreign medical tourists — from outpatient admissions and in-patient treatment to rehabilitation and recovery; sanatorium-resort treatment and rehabilitation are considered not only as an integral part of the complex of medical services, but also as an independent promising direction for the export of medical services by domestic health resorts. Also, the fight against the consequences of COVID-19, when hundreds of thousands of neighboring states citizens need qualified rehabilitation, can become a driver for the development of the sanatorium-resort complex of Russia. The purpose of the study is to identify bottlenecks in the development strategy of the recreational potential of the regions of the Russian Federation and make suggestions for its improvement. The number of foreign patients who received medical care from January to May 2020 in the federal districts is 729,000. This indicator was achieved during the pandemic, and therefore does not reflect the true potential of rehabilitation as an element of the full cycle of medical care for foreign patients. The target audience for rehabilitation programs is up to 100,000 foreign patients.

К е y o r d s : recreational potential; medical tourism; medical tourism; spa tourism; health tourism; SPA center.

For citation: Aksenova E. I., Petrov G. D., Chernyshev E. V., Yudina N. N. Recreational potential of medical tourism in Russia. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1180—1185 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1180-1185>

For correspondence: Petrova Galina Dmitrievna, Doctor of Philosophy, Leading Researcher of the Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Moscow Department of Health, E-mail: PetrovaGD@zdrav.mos.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020

Accepted 29.07.2020

Введение

Происходящие глобализационные процессы и развитие информационных технологий на современном этапе затронули все сферы общества и институты, система здравоохранения — не исключение. В медицине новые тенденции вызвали трансформацию как структуры, так и механизм их функционирования, один из таких новых трендов в развитии — медицинский и оздоровительный туризм.

В этой связи на повестке дня — проблема развития рекреационной возможности туризма, которой в большей степени обладает один из ее видов, — это медицинский туризм. Исследования этого вида туризма в России показывают, что он переживает глубокий кризис:

- устаревшая, не соответствующая современным требованиям инфраструктура;
- необоснованные цены на предлагаемые услуги, которые отталкивают потребителей услуг;
- некомпетентный немедицинский персонал, что отрицательно сказывается на уровне управления санаторно-лечебным учреждением.

Весь комплекс указанных проблем приводит отечественный медицинский туризм к невостребованности. В связи с этим встает вопрос оперативного реагирования на возникшие проблемы и тщательного изучения этого вида туризма в нашей стране. Исследования должны быть направлены на анализ всего комплекса в целом, чтобы выявить недостатки в менеджменте и маркетинге предоставляемых услуг, адекватно реагировать на них с тем, чтобы разработать план мероприятий по устранению выявленных недостатков и сформировать программу, направленную на работоспособность и привлекательность санаторно-лечебных учреждений России как на внутреннем, так и на внешнем рынке.

В настоящее время медицинский и оздоровительный туризм является приоритетной государственной задачей, которая направлена на восстановление здоровья населения страны и привлекательное направление для иностранных граждан [1, 2]. Популярным направлением на современном этапе остается медицинский туризм, который интересен для многочисленных иностранных пациентов, и привлекает их высокотехнологичная медицинская помощь. Сегодняшний нестабильный мир сказывается и на медицинском туризме, несмотря на это, данное направление в России развивается и приобретает все большую популярность. Для этого у России есть все, она имеет огромные возможности для развития внутреннего рынка и стабилизации своего сегмента на внешнем рынке по таким показателям:

- ценовой политике (цены на идентичные медицинские услуги в российских медицинских организациях ниже, чем в развитых странах). Здесь рассматривается не санаторно-курортное лечение, а медицинские услуги;
- компетентным, высококвалифицированным специалистам в отдельных сферах медицинских услуг;

— богатой природной рекреационной возможностью России [3].

Результаты исследований показывают, что на сегодняшний день сложилась положительная тенденция в медицинском туризме России, это указывает на то, что наша страна в перспективе может стать крупным мировым центром медицинского туризма.

Кроме того, Россия популярна внутренним лечебно-оздоровительным туризмом. Наши известные внутренние здравницы можно рассматривать как фактор устойчивости развития общества, пока что они направлены на оздоровление наших граждан и работают на внутренний рынок. Эти здравницы являются стабильно приносящими доход государству [4]. Если оздоровительно-лечебный туризм рассматривать в общем значении, то в России он наиболее динамично развивающийся вид туризма.

Поэтому, по данным прогноза Всемирной организации здравоохранения (WHO), до 2022 г. область здравоохранения вместе с туризмом в национальных экономиках должны занимать приоритетное направление и решать первоочередные задачи.

Оздоровительно-лечебный туризм в каждой отдельно взятой стране (регионе) развивается, отталкиваясь из имеющихся природно-лечебных ресурсов, которые делятся на климатические, грязевые и бальнеологические курортные ресурсы. Следовательно, исходя из этого регионы предлагают лечебные процедуры по их актуальным направлениям, т. е. по конкретной специальности (по кардиологии, неврологии и т. п.) [4].

Россия обладает во многих регионах уникальными здравницами. Каждый регион имеет свой исключительный курортный ресурс (в каком-то регионе развит приморский микроклимат, где-то — грязево-лечебный микроклимат, различные по целебным свойствам минеральные источники и т. д.). На сегодняшний день именно природные лечебные ресурсы менее востребованы клиентом, так как любому потребителю лечебных услуг немаловажен инфраструктурный комплекс, инновации в сервисе и компетентный медицинский и обслуживающий персонал. К сожалению, на сегодняшний день Россия не может похвалиться своими достижениями в сфере активного лечебно-оздоровительного туризма, при этом иностранных клиентов, но этим славятся Израиль, Китай, Таиланд, Турция и др.

В России организация санаторно-курортного лечения претерпела некоторые изменения в ходе реформирования ее финансирования, в этой связи для сохранения своих позиций на рынке санитарно-курортного туризма необходимо внедрить инновационные технологии. Более оптимальным вариантом в данной ситуации является внедрение в санаторно-курортную среду «SPA»-технологий, связав с прогулками в экологических парках и лесах, сегодня это настолько актуально в связи с эпидемией COVID-19, которая поражает органы дыхания и легкие. Территория России богата как хвойными, так и смешанными парками и лесами, что положительно сказывается на лечении. Эти процедуры при меньшем объеме

затрат и коротких сроках предоставления услуги дадут весомый экономический эффект, используя рекреационный потенциал, привлекут гораздо больше иностранных граждан [5]. Благодаря медицинскому туризму создаются интернациональные клинические базы, способствующие обмену опытом и технологиями, что жизненно важно для системы здравоохранения развивающихся стран [6].

Материалы и методы

Объектом исследования стали регионы Российской Федерации, выделенные на федеральные округа. Изучение федеральных округов РФ показывает, что несмотря на имеющиеся недостатки в сфере медицинского туризма с использованием рекреационного потенциала, в России наблюдается положительная тенденция развития экспорта медицинских услуг. Это говорит о том, что данная сфера имеет положительную перспективу и динамику. В указе президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 отмечено, что экспорт медицинских услуг к 2024 году должен расти и составить 1 млрд долл. США и 1,2 млн иностранных пациентов ежегодно [7].

В Федеральном паспорте проекта установлены плановые показатели, цель которых — увеличить объем экспорта медицинских услуг в 4 раза по сравнению с 2017 г. Объем должен составить до 1 млрд долл. США в год до 2024 г. Как показывают исследования, количество пролеченных иностранных граждан в России должно увеличиться от 300 000 чел. в 2017 г. до 1 200 000 чел. — в 2024 г. К 2025 г. в мире оборот медицинского туризма должен достигнуть 3 трлн долл. [8].

Результаты исследования

Изучены регионы РФ по федеральным округам за 2017—2024 гг. По данным рис. 1, количество пролеченных иностранных граждан в России за 2017—2024 гг. (тыс. чел.) выглядит таким образом.

В 2018 г. по отношению к 2017 г. было пролечено иностранных граждан в России больше на 132 тыс. чел., что составляет 44 %. В 2019 г. по отношению к 2017 г. было пролечено иностранных граждан в России больше на 264 тыс. чел., что составляет 88%. В 2020 г. по отношению к 2017 г. ожидается лечение иностранных граждан в России больше на 396 тыс.

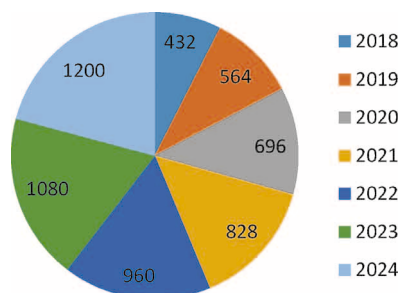


Рис. 1. Количество пролеченных иностранных граждан в России за 2017—2024 гг. (тыс. чел.) [9].

Базовое значение на 31 декабря 2017 г. — 250.

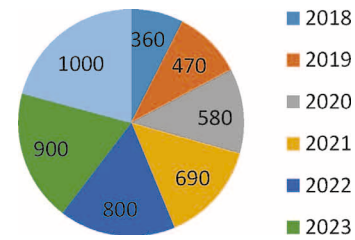


Рис. 2. Плановые показатели увеличения объема экспорта медицинских услуг (млн долл. США) [10].

Базовое значение на 31 декабря 2017 г. — 250.

чел., что составляет 132% (эти данные, возможно, изменятся в связи с эпидемией COVID-19).

Данные рис. 2 показывают, что плановые показатели увеличения объема экспорта медицинских услуг (в млн долл. США) к 2024 г. должны вырасти не менее чем в 4 раза, т. е. 2017 г. составляют — 250 млн долл., а в 2024 г. они должны составить — 1000 млн долл.

Если до определенного времени медицинскими услугами России пользовались преимущественно клиенты ближнего зарубежья, то за последние годы идет тенденция в сторону увеличения медицинских туристов из Китая и других стран. Более активными являются медицинские туристы из Дании, Швеции, Финляндии, Германии и Израиля. Не так много, но имеются японские и вьетнамские пациенты.

Отчеты исследовательской корпорации Oxford Economics и Visa и индекса Медицинского туризма (MTI) устанавливают, что в перспективе рынок медицинского туризма будет наращиваться на 25% в год и может достичь ориентировочно 1 трлн долл. к 2025 г., а наиболее оптимистическое прогнозируемое будущее предсказывает, что финансовые операции в сфере медицинского туризма к 2025 г. могут достичь более 3 трлн долл. Если Россия перезапустит медицинский туризм, используя самые современные передовые тенденции, она гарантирует быть в центре мировой повестки дня в данном направлении [8].

Плановые показатели федерального проекта в разбивке по федеральным округам РФ показывают следующую картину (таблица).

Данные таблицы указывают, что основной акцент делается на Дальневосточный ФО. Количество привлеченных иностранных граждан в 2017 г. составило 1,16 тыс. чел., к 2024 г. ожидается 6,88 тыс. чел. (6 раз больше).

Приволжский ФО: количество привлеченных иностранных граждан в 2017 г. составило — 2,55 тыс. чел., к 2024 г. ожидается 10,64 тыс. чел. (более чем в 4 раза); Северо-Кавказский ФО: в 2017 г. — 0,42 тыс. чел., к 2024 г. ожидается 1,75 тыс. чел. (более чем в 4 раза); Северо-Западный ФО: в 2017 г. — 7,29 тыс. чел., к 2024 г. ожидается 29,19 тыс. чел. (в 4 раза); Центральный ФО: в 2017 г. — 13,29 тыс. чел., к 2024 г. ожидается 52,67 тыс. чел. (почти в 4 раза); Уральский ФО: в 2017 г. — 2,08 тыс. чел., к 2024 г. ожидается 8,32 тыс. чел. (в 4 раза); Южный ФО: в 2017 г. — 1,72 тыс. чел., к 2024 г. ожидается 6,52 тыс. чел. (более

Плановые показатели федерального проекта в разбивке по федеральным округам Российской Федерации [9]. Количество привлеченных иностранных граждан (тыс. чел.)

Федеральный округ РФ	Базовое значение		Период реализации федерального проекта, год						
	значение	дата	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.
Центральный ФО	13,29	31 декабря 2017 г.	18,65	24,32	30,18	36,12	42,16	47,71	52,67
Северо-Западный ФО	7,29	31 декабря 2017 г.	9,92	12,49	15,46	18,69	21,99	25,63	29,19
Южный ФО	1,72	31 декабря 2017 г.	1,91	2,51	3,05	3,81	4,56	5,44	6,52
Северо-Кавказский ФО	0,42	31 декабря 2017 г.	0,56	0,76	0,97	1,14	1,33	1,56	1,75
Приволжский ФО	2,55	31 декабря 2017 г.	2,91	3,93	5,16	6,38	7,77	9,17	10,64
Уральский ФО	2,08	31 декабря 2017 г.	3,02	3,72	4,6	5,3	6,42	7,32	8,32
Сибирский ФО	2,34	31 декабря 2017 г.	2,93	3,68	4,49	5,43	6,45	7,46	8,56
Дальневосточный ФО	1,16	31 декабря 2017 г.	1,35	1,72	2,05	2,72	3,35	4,39	6,88

чем в 3,8 раза); Сибирский ФО: в 2017 г. — 2,34 тыс. чел, к 2024 г. ожидается 8,56 тыс. чел. (в 3,7 раза).

Исследование показывает, что все виды медицинского лечения предоставляются в основном автономно, не прибегая к рекреационному потенциалу региона.

Чтобы точнее оценить потенциал по реабилитации для иностранных пациентов, получивших медицинскую помощь в России, необходимо обратиться к данным за полный 2019 г. (по материалам доклада координирующего центра реализации федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг»), которые указаны на рис. 3.

По данным рис. 3 видно, что самым активным в приеме иностранных граждан на лечение оказался Центральный ФО — 1 367 000 иностранных граждан здесь получили медицинскую помощь в течение 2019 г. Следующим идет Уральский ФО — 374 000 чел. На третьем месте Северо-Западный ФО — 286 000 чел. Остальные федеральные округа примерно на одинаковом положении, кроме Северо-Кавказского ФО — 70 000 чел.

Суммарно за 2019 г. медицинскую помощь в Российской Федерации получили 2 776 000 иностранных пациентов.

По данным Министерства здравоохранения, озвученным 29.01.2020 в рамках заседания рабочей группы по реализации федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг», наиболее вос-

требованными нозологиями у иностранных пациентов являются кардиология и кардиохирургия, ортопедия, онкология, нейрохирургия, офтальмология, диагностика, стоматология. До 15% случаев относятся к серьезным операциям, требующим реабилитации, восстановления, в том числе на базе объектов отечественной санаторно-курортной отрасли. Количество иностранных пациентов, получивших медицинскую помощь в период с января по май 2020 года по федеральным округам (тыс.), представлены на рис. 4.

Показатели рис. 4 указывают на то, что в 2020 г., как и в 2019 г., лидирующее положение занимают те же федеральные округа. Основная нагрузка выпала на Центральный ФО — 254 000 иностранных граждан здесь получили медицинскую помощь в период с января по май 2020 г. На втором месте Уральский ФО — 131 000 чел. На третьем месте Северо-Западный ФО — 102 000 чел. Самый низкий показатель у Северо-Кавказского ФО — 4000. Остальные федеральные округа примерно в одинаковом положении. Здесь рассмотрены пока показатели за 5 месяцев. Показатели к 31.12.2020 г. изменятся, возможно, и лидерами станут тоже совершенно другие регионы.

Таким образом, целевой аудиторией для программ реабилитации являются до 100 000 иностранных пациентов, которые уже получили медицинские услуги за 5 месяцев 2020 г. Данный показатель был

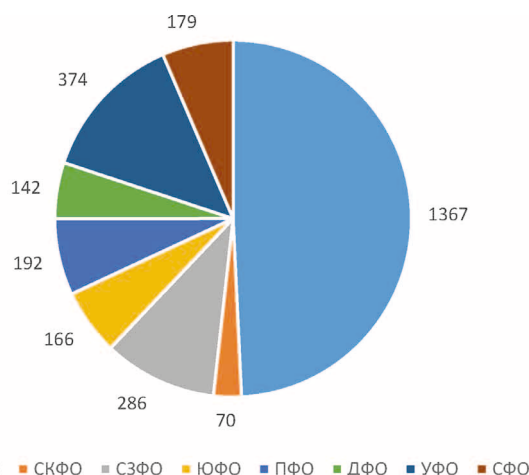


Рис. 3. Количество иностранных пациентов, получивших медицинскую помощь в 2019 г. по федеральным округам (тыс.).

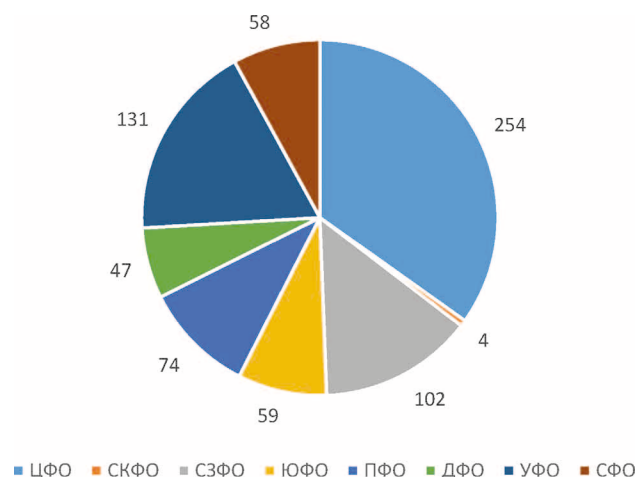


Рис. 4. Количество иностранных пациентов, получивших медицинскую помощь в период с января по май 2020 г. по федеральным округам (тыс.).

достигнут в период пандемии и, следовательно, не отражает истинного потенциала реабилитации как элемента полного цикла оказания медицинской помощи иностранным пациентам. Потенциал для реабилитации оценивается в количественном показателе иностранных граждан — около 390 000 пациентов.

Обсуждение

Ввиду того, что лечение иностранных граждан проводится автономно, не используя богатый рекреационный ресурс, в регионах не развивается его инфраструктура, отсутствует высококвалифицированный персонал. Вопросы менеджмента лечебных учреждений тоже остаются на низком уровне, т. к. не проводится обучение медицинского персонала по менеджменту и маркетингу медицинских услуг. К этому виду туризма не подключены страховые компании и работодатели. Не ведется активная работа с иностранными потребителями по рассмотренным услугам, поскольку не на должном уровне поставлена работа маркетинговых служб медицинского туризма, которые должны ежедневно проводить маркетинговые исследования и анализ рынка, формировать портфель заказов используя разные современные цифровые технологии. Население других стран о российской медицине, тем более о новейших технологиях и достижениях медицины знает очень мало, ввиду отсутствия должной информации. Отсутствует также информация об использовании рекреационного потенциала, уже внедренных в практику, страдает реклама из-за низкого развития цифровых технологий по развитию туризма и рекреации в России [11]. Также отсутствуют единые стандарты качества и лицензирования деятельности лиц и компаний, организующих лечебные и оздоровительные туры. Не наблюдается полноценного обмена опытом между зарубежными компаниями, которые ведут свою деятельность в медицинском туризме России. Между компаниями и туроператорами медицинского туризма отсутствуют взаимопомощь и взаимная поддержка. В свою очередь можно заявить о том, что отсутствуют единые стандартизированные обучающие программы в России в этом направлении, так как специалисты в этой сфере должны быть компетентны в вопросах медицины, туризма, менеджмента, маркетинга, рекламы, этики, психологии, иностранных языков и т. д. [11]. Не предусмотрены организованные массовые обучающие туры за рубеж для врачей-специалистов и медицинского персонала с целью повышения их квалификационного уровня и расширения кругозора. Можно с уверенностью сказать, что единая российская медиаплощадка для информирования и рекламы медицинского туризма с использованием рекреационного потенциала регионов России работает в недостаточной мере, а также не проводятся выставки, конференции, презентации, обучающие туры, тренинги, вебинары, семинары, освещающие рекреационный потенциал России. Отсутствует единая организация, осуществляющая надзор за качеством организации лечебных туров и

контролирующая ответственность туроператоров медицинского туризма.

Заключение

Можно сформулировать следующие предварительные предложения для внесения изменения в программу развития:

- должным образом должна работать система страхования. Во внутреннем оздоровительно-лечебном туризме в обязательном порядке должны участвовать работодатели, страховые компании и страховые фонды;
- с целью роста экспорта оздоровительно-лечебного туризма использовать рекреационный потенциал регионов. Целесообразным видится продвижение санаторно-курортного и лечебно-профилактического направления России на внешний рынок;
- для реализации федеральных целевых программ необходимы научно-исследовательские и опытно-конструкторские разработки (НИОКР) по данным направлениям и их внедрение в практику, так как развитие оздоровительно-лечебного и в особенности медицинского туризма опирается прежде всего на инновации в сфере здравоохранения. Это говорит о том, что здесь существенным является оказание помощи системы страховых гарантий и маркетинг лечебно-оздоровительных услуг на внешнем рынке;
- необходимо получение международных сертификатов и аккредитаций по медицинскому и оздоровительному туризму клиниками и объектами санаторно-курортной отрасли;
- разработать и внедрить обучающие программы в России в области медицинского туризма для специалистов в этой области с целью повышения компетенции в вопросах медицинского туризма и организовать обучающие туры за рубеж для врачей-специалистов и медицинского персонала для повышения их квалификационного уровня и расширения кругозора;
- спроектировать единую российскую медиаплощадку для информирования и рекламы в сфере медицинского туризма, а также для организации выставок, конференций, презентаций, обучающих туров, тренингов, вебинаров, семинаров и т. д.;
- вести систематизированную базу в сфере медицинского туризма, проводить аналитику и целенаправленный сбор статистических данных;
- предусмотреть надзорную инстанцию, осуществляющую контроль за качеством организации лечебных туров и несущими ответственность туроператорами медицинского туризма;
- возникает необходимость на региональном уровне сформировать информационно-консультационные центры для содействия иностранных туристов (пациентов) и оказывать поддержку во взаимодействии с региональными

ми медицинскими общественными ассоциациями и медицинскими союзами других стран; — каждый регион в стратегии своего развития должен актуализировать свой рекреационный потенциал, развивать свою инфраструктуру, следить за инновациями и внедрять современные технологии в практику, повышать квалификационный уровень медицинского и обслуживающего персонала медицинских организаций с тем, чтобы они соответствовали современным требованиям, и заложить это в дорожную карту, чтобы сохраниться в жесткой конкурентной среде.

Рекреационный потенциал должен быть неким маркером его привлекательности и устойчивого экономического развития региона в частности и России в целом.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 24 ноября 1996 г. № 132-ФЗ «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации» (в ред. федеральных законов от 10.01.2003 № 15-ФЗ, 22.08.2004 № 122-ФЗ, 05.02.2007 № 12-ФЗ, 30.12.2008 № 309-ФЗ, 28.06.2009 № 123-ФЗ, 27.12.2009 № 365-ФЗ, 30.07.2010 № 242-ФЗ, 01.07.2011 № 169 — ФЗ, 03.05.2012 № 47-ФЗ), 05.02.2018 N 16-ФЗ. (вступ. в силу с 01.07.2019) // СПС «КонсультантПлюс»;
2. Федеральный закон от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебнооздоровительных местностях и курортах» (в ред. федеральных законов от 22.08.2004 № 122-ФЗ, 09.05.2005 № 45-ФЗ, 18.12.2006 № 232-ФЗ, 29.12.2006 № 258-ФЗ, 08.11.2007 № 258-ФЗ, 23.07.2008 № 160-ФЗ, 30.12.2008 № 309-ФЗ, 27.12.2009 № 379-ФЗ, 18.07.2011 № 219-ФЗ, 25.06.2012 № 93-ФЗ, 28.12.2013 № 406-ФЗ) // СПС «КонсультантПлюс»;
3. Кружалин В. И. Теоретические и практические аспекты развития туризма и рекреации России. Туризм и рекреация. Фундаментальные и прикладные исследования. Труды VI международной научнопрактической конференции. СПб.: ООО «Издательство Д.А.Р.К.»; 2011: 512 с.
4. Ветитнев А. М., Кусков А. С. Лечебный туризм. М.: Форум; 2010: 592 с.
5. About ISPA // International Spa Association. URL: <http://www.experienceispa.com/about-ispa> (дата обращения: 19.06.2020);
6. Устав Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitutionru.pdf> (дата обращения: 19.06.2020);
7. Указ президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204
8. <https://ruspekh.ru/events/item/sessiya-genassamblei-vsemirnoj-turistskoj-organizatsii-v-sankt-peterburge-2019> (дата обращения: 19.06.2020); https://www.youtu.be/_y_PplKh7r10?t=9215;
9. Паспорт Федерального проекта «Развития экспорта медицинских услуг» (утв. протоколом заседания проектного комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 14 декабря 2018 г. № 3)
10. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16).
11. Петрова Н. Г., Погосян С. Г., Додонова И. В. Основы медицинского менеджмента и маркетинга: учебное пособие. СПб.: Фолиант; 2018: 352 с.

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Federal law of November 24, 1996 № 132-FZ «About bases of tourist activity in the Russian Federation» (as amended by Federal laws from 10.01.2003 n 15-FZ, of 22.08.2004 No. 122-FZ, of 05.02.2007 № 12-FZ, of 30.12.2008 № 309-FZ, of 28.06.2009 No. 123-FZ, of 27.12.2009 № 365-FZ, 30.07.2010 № 242-FZ, 01.07.2011 № 169 — FZ, 03.05.2012 No. 47-FZ), 05.02.2018 N 16-FZ. (Intro. effective from 01.07.2019) // SPS «ConsultantPlus»;
2. Federal law of February 23, 1995 No. 26-FZ «On natural curative resources, lichenizirovannah areas and resorts» (as amended by Federal laws of 22.08.2004 No. 122-FZ, of 09.05.2005 no 45-FZ, of 18.12.2006 № 232-FZ of 29.12.2006 № 258-FZ of 08.11.2007 № 258-FZ, of 23.07.2008 No. 160-FZ, of 30.12.2008 № 309-FZ, of 27.12.2009 n 379-FZ, 18.07.2011 № 219-FZ, of 25.06.2012 No. 93-FZ of 28.12.2013 № 406 — FZ) // ATP «Consultant»;
3. Kruzhalin V. I. Theoretical and practical aspects of the development of tourism and recreation in Russia. *Turizm i rekreatsiya. Fundamental'nyye i prikladnyye issledovaniya. Trudy VI mezhdunarodnoy nauchnoprakticheskoy konferentsii*. St. Petersburg.: LLC «Publishing house D.A.R.K.»; 2011: 512 p. (in Russian).
4. Vetitnev A. M., Kuskov A. S. Medical tourism [*Lechebnyy turizm*]. Moscow: Forum; 2010: 592 p. (in Russian).
5. About ISPA // International Spa Association. URL: <http://www.experienceispa.com/about-ispa> (date accessed: 19.06.2020);
6. Charter of the world health organization. URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitutionru.pdf> (date accessed: 19.06.2020);
7. Decree of the President of the Russian Federation No. 204 of may 7, 2018
8. <https://ruspekh.ru/events/item/sessiya-genassamblei-vsemirnoj-turistskoj-organizatsii-v-sankt-peterburge-2019> (accessed: 19.06.2020); https://www.youtu.be/_y_PplKh7r10?t=9215;
9. Passport of the Federal project «development of export of medical services» (approved by the minutes of the meeting of the project Committee for the national project «Healthcare» dated December 14, 2018, No. 3)
10. 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 No. 16 dated 24.12.2018).
11. Petrova N. G., Pogosyan S. G., Dodonova I. V. Fundamentals of medical management and marketing. Tutorial [*Osnovy meditsinskogo menedzhmenta i marketinga. Uchebnoye posobiye*]. St. Petersburg: Folio; 2018: 352 p. (in Russian).

Юдина Н. Н.¹, Чернышев Е. В.¹, Мельгунова М. С.², Петрова Г. Д.¹**ОЦЕНКА ЭКСПОРТНОГО ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПРИМЕРЕ ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОГО РЕГИОНА**¹ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;²ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», 664003, г. Иркутск

В основе развития экспорта медицинских услуг в России лежит федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг» национального проекта «Здравоохранение», который реализуется в 2019—2024 гг. Главенствующая роль в проекте возложена на медицинские организации государственной формы собственности. Ключевым нерешенным вопросом проекта является оценка экспортного потенциала системы здравоохранения субъектов РФ, что обуславливает актуальность настоящего исследования.

Цель работы — оценка экспортного потенциала системы здравоохранения Тюменской области.

Проведен расчет максимально возможного объема наиболее востребованных медицинских услуг, в том числе с ранжированием их потенциальной маржинальности.

Сформирована методология расчета экономической эффективности программы экспорта медицинских услуг в Тюменской области.

В качестве критериев оценки экономической эффективности экспорта медицинских услуг в России предлагается установить следующие параметры: объем затрат на внедрение концепции, количество привлеченных иностранных пациентов в регион, средний чек на одного привлеченного иностранного пациента, стоимость лечения одного привлеченного иностранного пациента и окупаемость затрат.

К л ю ч е в ы е с л о в а : экспорт медицинских услуг; медицинский туризм; экспортный потенциал; система здравоохранения Российской Федерации.

Для цитирования: Чернышев Е. В., Юдина Н. Н., Мельгунова М. С., Петрова Г. Д. Оценка экспортного потенциала системы здравоохранения Российской Федерации на примере отдельно взятого региона. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1186—1189. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1186-1189>

Для корреспонденции: Петрова Галина Дмитриевна, д-р философ. наук, ведущий научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» ДЗМ; e-mail: retrovagd@zdrav.mos.ru

Chernyshev E. V.¹, Yudina N. N.¹, Melgunova M.S.², Petrova G. D.¹**EVALUATION OF THE EXPORT POTENTIAL OF THE HEALTHCARE SYSTEM OF THE RUSSIAN FEDERATION ON THE EXAMPLE OF A SEPARATE TAKEN REGION**¹State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115088, Moscow, Russian Federation;²Scientific center of problems of family health and human reproduction, 664003, Irkutsk, Russian Federation

The relevance of the research is due to the fact that the development of medical services exports in the Russian Federation is based on the eponymous Federal project «Development of medical services exports» of the national project «Healthcare». The Federal project is being implemented in the Russian Federation in the period 2019—2024 and is unique for two reasons. Firstly, the project has no analogues in the world: for the first time in one country, 71 regions were involved in a project related to the development of planned medical care for foreign citizens. Secondly, the main role in the project is assigned to medical organizations of state ownership. Due to the fact that the key outstanding issue of the project is to assess the export potential of the health care system of subjects of the Russian Federation, which is a Federal project, the goal of research to assess the export potential of the health care system of the Russian Federation (on the example of Tyumen oblast).

A methodology for calculating the economic efficiency of the medical services export program in the region has been developed. As the criteria for evaluating the economic efficiency of testing the concept of developing the export of medical services in the above-mentioned regions, it is proposed to set certain parameters.

К e y w o r d s : export of medical services; medical tourism; export potential estimation; healthcare system of the Russian Federation.

For citation: Chernyshev E. V., Yudina N. N., Melgunova M.S., Petrova G. D. Evaluation of the export potential of the healthcare system of the Russian Federation on the example of a separate taken region. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1186—1189 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1186-1189>

For correspondence: Petrova Galina Dmitrievna, Doctor of Philosophy, Leading Researcher of the Research Institute of Health Organization and Medical Management of the Moscow Department of Health, E-mail: PetrovaGD@zdrav.mos.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020**Введение**

Применительно к явлению оказания плановой медицинской помощи иностранным гражданам в профессиональной литературе можно встретить два

термина: медицинский туризм и экспорт медицинских услуг. Медицинский туризм рассматривается как специализированный вид туризма, целью которого является получение медицинских услуг гражданами вне страны проживания (резидентности) [1].

Таблица 1

Приоритетные направления развития въездного медицинского туризма в Многопрофильном Клиническом МЦ «Медицинский город»

№ п/п	Наименование наиболее востребованных медицинских услуг	Средняя стоимость случая (тыс. руб.)	Объем услуг в 2019 г.		Максимально возможный объем		Маржинальность при выполнении плановых объемов	
			объем услуг (количество случаев)	выручка, тыс. руб.	объем услуг (количество случаев)	выручка, тыс. руб.	тыс. руб.	%
1	ПЭТ/КТ	36	1 969	65 897	3 500	118 494	3 230	3
2	Сцинтиграфия	4	680	1 238	3 100	9 806	950	11
3	ОФЭКТ/КТ	7	92	669	1 000	7 314	598	9
4	Радионуклидная терапия	126	166	14 361	1 344	142 752	10 940	8
5	Лучевая терапия	105	129	13 150	200	21 449	4 568	27
6	Химиоэмболизация	105	0	0	10	1 040	83	9
7	Оперативные вмешательства	103	300	30 860	430	43 194	5 860	16
8	Лекарственная терапия	70	287	6 585	610	27 618	5 990	28
9	МСКТ	6	700	3 502	1 652	10 063	911	10
10	Гистология, цитология, ИГХ, ДНК-диагностика	5	4 435	9 071	9 370	17 851	3 358	23
11	Комплексная Check-up диагностика	22	0	0	11 088	199 977	15 997	9
12	Услуга «второе мнение»	2	222	374	350	590	66	13
13	ЭФГДС, колоноскопия	12	153	1 910	200	2 497	649	35
Итого...			9 133	147 618	32 854	602 646	53 200	11

Экспорт медицинских услуг — это медицинские услуги, оказанные иностранным гражданам на территории России за счет внебюджетного финансирования [2]. Другими словами, экспорт медицинских услуг — это реализация медицинских услуг гражданам других стран в лечебных или реабилитационных учреждениях (включая медицинские услуги, оказанные дистанционно, через современные средства коммуникации).

На международном уровне медицинский туризм сформировал новую концепцию современного здравоохранения. Не имея возможности решить медицинскую проблему в регионе постоянного проживания, пациент выбирает страну, врача и медицинскую организацию, где ему могут предложить медицинскую помощь в соответствии с мотивом пациента: получение более технологичной медицинской помощи, получение идентичного уровня медицинской помощи по более низкой цене, получение медицинской помощи, которая запрещена законодательством страны пациента.

В основе развития экспорта медицинских услуг в России лежит федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг» национального проекта «Здравоохранение»¹, который реализуется в 2019—2024 гг. Главенствующая роль в проекте возложена на медицинские организации государственной формы собственности.

Для разработки оптимальной концепции расширения экспорта медицинских услуг в России необходимо определить не только единые критерии оценки привлекательности региона для иностранных пациентов, но и вычислить текущий и максимально возможный для региона (и каждого участвующего в федеральном проекте медицинского центра) объем медицинских услуг.

Цель работы — оценка экспортного потенциала системы здравоохранения субъекта РФ на примере Тюменской области.

Материалы и методы

Для оценки экспортного потенциала здравоохранения были сделаны расчеты максимально возможного объема наиболее востребованных медицинских услуг, которые могут предоставляться медицинскими организациями Тюменской области потенциальным медицинским туристам, в том числе с ранжированием потенциальной маржинальности этих услуг при предоставлении их на коммерческой основе. Совместно с коллегами из медицинского кластера «Медицинский город» Тюменской области, в который входят многопрофильный клинический медицинский центр (МКМЦ) «Медицинский город», Областная клиническая больница № 1, Областной офтальмологический диспансер и медико-санитарная часть (МСЧ) «Нефтяник», была проведена оценка экспортного потенциала каждого учреждения здравоохранения, участвующего в федеральном проекте.

Использованы аналитические данные, предоставленные Министерством здравоохранения Тюменской области.

Результаты исследования

МКМЦ «Медицинский город» прежде всего специализируется на радиоизотопной диагностике и лечении. Соответственно, в МКМЦ «Медицинский город» существует потенциальная возможность и мощности для экспорта высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Определены перспективные направления и наиболее востребованные методы ВМП для граждан других стран (табл. 1). Реализация проекта развития экспорта медицинских услуг в Тюменской области приведет к существенному увеличению доходов МКМЦ «Медицинский город».

¹ URL: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/medturizm>

Т а б л и ц а 2

Приоритетные направления развития въездного медицинского туризма в Областной клинической больнице № 1

№ п/п	Наименование наиболее востребованных медицинских услуг (операции, исследования и т. д.)	Средняя стоимость случая (тыс. руб.)	Объем услуг в 2017 г.		Максимально возможный объем		Маржинальность при выполнении плановых объемов	
			объем услуг (количество случаев)	выручка, тыс. руб.	объем услуг (количество случаев)	выручка, тыс. руб.	тыс. руб.	%
1	Консервативное лечение сердечно-сосудистых заболеваний, проведение коронароангиографии	35	204	6 852	250	8 750	2 275	26
2	Малоинвазивное хирургическое восстановление проходимости артерии — стентирование, реконструктивные операции на артериях	205	96	15 344	200	36 073	5 330	15
3	Хирургическое лечение сердечно-сосудистых заболеваний (АКШ, протезирование клапана)	450	8	3 600	120	51 660	8 460	16
4	Хирургическое и эндоваскулярное лечение врожденных пороков сердца с первых дней жизни	425	27	11 475	100	42 500	8 500	20
5	Малоинвазивное хирургическое лечение и диагностика патологий суставов, коррекция деформаций костей стоп, кистей	50	144	7 200	250	12 500	3 250	26
6	Эндопротезирование крупных суставов (коленный, тазобедренный)	230	24	5 520	110	24 322	5 600	23
7	Хирургическое лечение заболеваний органов грудной клетки и верхних дыхательных путей при онкопатологии с применением видеотехнологий	200	5	1 000	50	10 000	2 400	24
8	Малоинвазивное хирургическое лечение эндокринных заболеваний, желчнокаменной болезни (применение методик без разрезов)	85	3	255	150	12 750	3 315	26
9	Пластическая хирургия (коррекция груди, абдоминопластика и т. д.)	180	14	2 520	270	48 600	9 720	20
10	Хирургическое лечение катаракты с имплантацией линз премиум класса	60	22	1 249	520	30 917	7 890	26
11	Лечение ожоговых травм	150	9	1 463	25	3 750	750	20
12	Оперативное лечение урологических заболеваний у детей (уреторогидронефроза, коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса)	115	20	2 300	120	13 800	3 588	26
Итого...			576	58 778	2 165	295 621	61 078	21

В ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» с целью достижения выполнения максимальных показателей объемов медицинской помощи в рамках проекта развития экспорта медицинских услуг необходимо внедрение принципов нового хозяйственного механизма:

- создание в составе учреждения в качестве отдельной структурной единицы специализированного подразделения, на базе которого оказываются платные медицинские услуги;
- увеличение штатной численности персонала с оплатой из средств предпринимательской деятельности и возможностью полного автономного учета текущих затрат и ведения управленческого учета.

При увеличении интенсивности труда и использования производственных мощностей в Областной клинической больнице № 1 максимально возможный объем количества услуг для иностранных пациентов может быть увеличен более чем в 3,8 раза (табл. 2). Увеличение интенсивности оказания услуг позволит увеличить финансовые объемы более чем в 5 раз. Доход при максимальных объемах составит 61,1 млн руб.

Максимальное увеличение объема платных услуг в Областном офтальмологическом диспансере в существующих условиях (табл. 3) составит не более 8 млн руб. (10%). Дооснащение медицинской организации и размещение в новом здании с полезной пло-

щадью не менее 5 тыс. м² позволит нарастить объем платной медицинской помощи для иностранных пациентов не менее чем на 30%. В этом случае плановый доход от платных услуг может превысить 113 млн руб.

Обсуждение

Использованная для Тюменской области модель расчетов является информативной, наглядной и применимой для медицинских организаций различной организационно-правовой формы. Основным препятствием к проведению столь же углубленной оценки экспортного потенциала субъектов РФ является отсутствие требуемой для анализа информации в открытом доступе.

Необходимо подчеркнуть, что финансирование реализации регионального паспорта федерального проекта всецело возложено на бюджет региона. В соответствии с шаблоном регионального паспорта из регионального бюджета должна быть профинансирована следующая активность:

- подготовка информационных материалов для повышения уровня информированности иностранных граждан об оказываемых медицинских услугах;
- участие в международных выставочных мероприятиях с целью повышения уровня информированности иностранных граждан о медицинских услугах, оказываемых на территории региона;

Т а б л и ц а 3

Приоритетные направления развития въездного медицинского туризма в Областном офтальмологическом диспансере

№ п/п	Наименование наиболее востребованных медицинских услуг	Объем услуг в 2017 г.		Максимально возможный объем		Маржинальность при выполнении плановых объемов	
		объем услуг (количество случаев)	выручка, тыс. руб.	объем услуг (количество случаев)	выручка, тыс. руб.	тыс. руб.	%
1	Оказание амбулаторной помощи (прием врача, диагностика)	12 006	11 738	12 606	12 324	2 951	24
2	Услуги лаборатории контактной коррекции зрения, ортокератология	10 991	9 680	12 612	11 108	2 149	19
3	Электрофизиологические исследования и углубленная диагностика	10 044	3 350	10 864	3 624	980	27
4	Лазерная рефракционная кератопластика	1 136	31 952	1 205	33 893	8 566	25
5	Операции на органе зрения при заболеваниях защитного и придаточного аппарата глаза (уровень 1)	728	1 896	801	2 087	756	36
6	Операции на органе зрения (уровень 3)	14	179	15	189	91	48
7	Оперативное лечение катаракты (уровень 4)	198	15 045	225	17 900	5 516	31
8	Лазерная хирургия при заболеваниях органов зрения	471	1 151	504	1 231	465	38
9	Высокотехнологичная медицинская помощь: Транспупиллярная, микроинвазивная энергетическая оптико-реконструктивная, эндовитреальная 23—27 гейджевая хирургия при витреоретинальной патологии различного генеза	43	1 566	50	1 821	400	22
10	Терапевтическое лечение пациентов в условиях дневного стационара	22 397	3 796	24 639	4 177	856	20
Итого...		58 028	80 353	63 521	88 354	22 730	26

- разработка и внедрение программы коммуникационных мероприятий по повышению уровня информированности иностранных граждан о медицинских услугах, оказываемых на территории.

Одновременно с этим региональный паспорт включает и целевые количественные показатели, которые необходимо достичь региону в период с 2019 по 2024 г. В этой связи целесообразно сформировать методологию расчета экономической эффективности программы экспорта медицинских услуг в регионе.

В качестве критериев оценки экономической эффективности экспорта медицинских услуг вышеуказанных регионов предлагаем установить следующие параметры:

- объем затрат на внедрение концепции;
- количество привлеченных иностранных пациентов в регион;
- средний чек на одного привлеченного иностранного пациента;
- стоимость лечения одного привлеченного иностранного пациента;
- окупаемость затрат.

Предлагается использовать следующую базовую формулу:

Экономическая эффективность = (количество привлеченных иностранных пациентов в регион за год × средний чек на одного привлеченного иностранного пациента за год) – (затраты на аудит региона + создание и внедрение концепции).

С учетом масштаба федерального проекта и предполагаемых сроков его реализации необходимо учитывать срок окупаемости вложений.

$$\text{Срок окупаемости} = \frac{\text{Размер вложений/Сумма привлеченных внебюджетных средств от ЭМУ}}{\text{PP} = \text{K0} / \text{Чс}}$$

где K0 — сумма вложенных средств в аудит и концепцию развития региона.

Данные возможно брать из квартальной формы статистического учета иностранных пациентов, а также из статей затрат в региональных государственных программах по развитию здравоохранения/туризма.

Выводы

Исследование показало, что необходимо проведение всестороннего тщательного анализа экспортного потенциала субъектов РФ по каждому медицинскому учреждению, принимающему участие в федеральном проекте «Развитие экспорта медицинских услуг», для определения максимально эффективных действий в рамках проекта, а также внедрение оценки экономической эффективности для своевременной их корректировки.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Седова Н. Н., Шекин Г. Ю. Медицинский туризм: история, теория, практика. Волгоград: ВолгГМУ; 2017: 12 с.
2. Юдина Н. Н., Чернышев Е. В. Методические рекомендации по работе с иностранными пациентами для медицинских организаций. 2020: 124 с.

REFERENCES

1. Sedova N. N., Shchekin G. Yu. Medical tourism: history, theory, practice [Meditsinskiy turizm: istoriya, teoriya, praktika]. Volgograd: VolgGMU; 2017: 12 p (in Russian).
2. Yudina N. N., Chernyshev E. V. Methodological recommendations for working with foreign patients for medical organizations [Metodicheskiye rekomendatsii po rabote s inostrannymi patsiyentami dlya meditsinskikh organizatsiy]. 2020: 124 p. (in Russian).

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

Тришкин Д. В.¹, Макиев Р. Г.², Свиридова Т. Б.², Хан Н. В.³, Камынина Н. Н.⁴**ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ (ПРОЕКТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ) В ПОДГОТОВКЕ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**¹Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации, 119160, г. Москва;²Филиал Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, 107392, г. Москва;³ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», 119571, г. Москва;⁴ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва

Эффективность функционирования здравоохранения и качество медицинской помощи можно повысить, внедряя современные методы и технологии управления. Для этого необходимо современное и качественное обучение медицинских управленческих кадров. Именно квалифицированные кадры являются ключевым фактором в организации и преобразовании системы здравоохранения. Кадры в конечном итоге обеспечивают действенность и результативность всей сферы здравоохранения. Изменяются и повышаются требования к экономическим методам управления, становятся востребованы специалисты с навыками управления медицинскими организациями разного уровня системы здравоохранения. На уровне субъектов Российской Федерации возрастает роль медицинских кадров, владеющих стратегическими методами управления здравоохранением. Доступные учебные программы в ведущих высших учебных заведениях медицинского профиля не полностью выполняют эти задачи из-за ограниченного времени, большого объема лекционного материала, частых изменений условий и задач здравоохранения. Эти проблемы можно решить при оптимизации учебных программ по переподготовке и повышению квалификации организаторов здравоохранения, внедряя в учебную программу активные методы обучения: деловые игры, кейс-методы, методы проектной деятельности. В статье описана система обучения слушателей по циклам подготовки в области организации здравоохранения и общественного здоровья с помощью планирования и реализации, управления проектами в условиях военной образовательной организации Минобороны России, выполнен статистический анализ эффективности обучения, выявлены факторы, оказывающие значимое влияние на успешность освоения программ.

К л ю ч е в ы е с л о в а : современные методы обучения; проект; проектная деятельность; методы проектной деятельности; организация здравоохранения и общественное здоровье.

Для цитирования: Тришкин Д. В., Макиев Р. Г., Свиридова Т. Б., Хан Н. В., Камынина Н. Н. Возможности применения современных методов обучения (проектная деятельность) в подготовке организаторов здравоохранения на примере образовательной Военно-медицинской организации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1190—1194. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1190-1194>

Для корреспонденции: Макиев Руслан Гайозович, заместитель начальника филиала Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова Минобороны России по учебной и научной работе; e-mail: vmeda_fil_1@mil.ru

Trishkin D. V.¹, Makiev R. G.², Sviridova T. B.², Khan N. V.³, Kamynina N. N.⁴**POSSIBILITIES OF APPLICATION OF MODERN TRAINING METHODS (PROJECT ACTIVITIES) IN TRAINING HEALTH CARE ORGANIZERS ON THE EXAMPLE OF A MILITARY MEDICAL EDUCATIONAL ORGANIZATION**¹Main Military Medical Directorate of the Ministry of Defense of the Russian Federation, 119160, Moscow, Russian Federation;²The branch of the Military Medical Academy named after S. M. Kirov, 107392, Moscow, Russian Federation;³The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, 119571, Moscow, Russian Federation;⁴State Budgetary Institution "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", 115088, Moscow, Russian Federation

The efficiency of health care and the quality of medical care can be improved by implementing modern management methods and technologies. It requires modern and high-quality training of medical management personnel. Qualified personnel are the key factor in the organization and transformation of the health system. Human resources ultimately ensure the efficiency and effectiveness of the entire health sector. Requirements to economic management methods are changing and increasing, and specialists with skills in managing medical organizations at different levels of the healthcare system are becoming in demand. At the level of the constituent entities of the Russian Federation, the role of medical personnel who possess strategic methods of healthcare management is increasing. Available training programs in leading higher educational institutions of medical profile do not fully fulfill these tasks due to limited time, a large volume of lecture material, and frequent changes in the conditions and tasks of health care. These problems can be solved by optimizing training programs for retraining and advanced training of health care organizers, introducing active training methods such as business games, case methods, and project activities into the curriculum. The paper describes the system of training students for training courses in the field of healthcare and public health through planning and implementation, project management in the context of military educational organizations of the Ministry of Defense of the Russian Federation, the statistical analysis of the training effectiveness, the factors that influence the success of development programs.

К е у о р д с : modern methods of training; project; project activity; methods of project activity; health organization and public health.

For citation: Trishkin D. V., Makiev R. G., Sviridova T. B., Khan N. V., Kamynina N. N. Possibilities of application of modern training methods (project activities) in training health care organizers on the example of a military medical educational organization. *Problemi socialnoi gigieni, zdravoookhranenia i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1190—1194 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1190-1194>

For correspondence: Makiev Ruslan Gayozovich, Deputy head of the branch of the Kirov Military Medical Academy for educational and scientific work, e-mail: vmeda_fil_1@mil.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020

Accepted 29.07.2020

Введение

На современном этапе одним из глобальных трендов развития вузов страны является сочетание новых и традиционных форматов образования [1, 2]. В сентябре 2017 г. Министерства образования и науки РФ представило модель реализации проектно-ориентированных программ, предполагающих командное выполнение проектов полного жизненного цикла. Приоритетным проектом «Вузы как центры пространства создания инноваций» предусмотрено, что к 01.12.2025 г. все образовательные программы инженерного, социально-экономического и отдельные программы естественнонаучного и гуманитарного профилей должны содержать практико-ориентированные компоненты, предполагающие командное выполнение проектов полного жизненного цикла [3]. В этой связи и в обучение руководителей здравоохранения логично включать реализацию проектно-ориентированных программ.

Проведя анализ нормативно-правовых актов Российской Федерации, регламентирующих проектную деятельность, мы выделили Постановление Правительства РФ от 31.10.2018 г. № 1288 «Об организации проектной деятельности в Правительстве Российской Федерации», которое дает определение проекта как комплекс взаимосвязанных мероприятий, направленных на получение уникальных результатов в условиях временных и ресурсных ограничений. В этом Постановлении проектная деятельность определена как деятельность, связанная с инициированием, подготовкой, реализацией и завершением проектов (программ). К основным характеристикам проекта можно отнести наличие четко сформулированной цели, четко очерченные временные рамки для его реализации, привлечение к реализации проекта специалистов разного профиля; новизну и уникальность исследования, наличие требований по времени, затратам и качеству выполнения работы.

Проекты можно классифицировать по основным сферам деятельности:

- социальные (ориентированные на достижение социально значимых результатов);
- экономические (направленные на увеличение прибыли);
- организационные (ориентированы на повышение эффективности функционала организации и ее отдельных структур);
- технические (ориентированы на модернизацию и техническое совершенствование).

Можно распределить проекты по видам и областям деятельности:

- учебно-образовательные (направленные на получение знаний, умений и навыков в образовательной организации);

- исследовательские (создание научно-практических разработок по повышению эффективности деятельности организации в целом или отдельных проблемных зон);
- инвестиционные (развивающие текущие направления деятельности или создающие новые направления деятельности, приносящие доход).

Проектная деятельность в организациях высшего образования является частью инновационной деятельности. Реализуемая в разных направлениях, проектная деятельность в вузе способствует освоению обучающимися требуемых компетенций в части способностей к проектной и инновационной деятельности, а также может быть основой инноваций по направлениям специализации вуза. Проекты, разрабатываемые в процессе обучения специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья, были посвящены вопросам развития санаторно-курортных, амбулаторно-поликлинических организаций, формированию в медицинской службе Вооруженных Сил поликлиник «нового типа», оптимизации расходов, внебюджетной деятельности организаций, разработке стандартов новых военных госпиталей и т. д.

Безусловным преимуществом проектной деятельности, реализуемой обучающимися в образовательных организациях, является возможность решения ряда образовательных задач: развитие навыков анализа проблем, постановки целей, разработки и выбора альтернатив в решении проблем, оценки последствий принятых решений, работы в команде [4].

Актуальность выполненного исследования продиктована необходимостью обучения уже имеющих специалистов, формирования кадрового резерва управленцев здравоохранения — тех людей, которые будут готовы решать сложные задачи отрасли здравоохранения в условиях модернизации системы и неопределенности финансовых ресурсов. В настоящее время программы повышения квалификации для организаторов здравоохранения, с одной стороны, требуют актуализации в части обновления информации, реализации модульного принципа обучения, практической направленности, использования дистанционных и телекоммуникационных образовательных технологий.

Целью реализации дополнительной профессиональной программы переподготовки, которая реализуется в военной образовательной организации, является получение теоретических и практических знаний и умений, необходимых для выполнения военными специалистами нового вида профессиональной деятельности в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья в соответствии с законодательством Российской Федерации, приказа-

Анализ результатов обучения слушателей с 2015 по 2019 гг.

Годы обучения	Количество слушателей	Средний балл предварительного тестирования, ед.	Средний балл заключительного тестирования, ед.	P-уровень значимости (<i>t</i> -критерий Стьюдента)
2015—2016	39	3,0	4,7	<0,05
2016—2017	68	3,2	4,8	<0,05
2017—2018	41	3,0	4,8	<0,001
2018—2019	73	3,1	4,9	<0,001
2019—2020	40	3,3	4,8	<0,05
Итого...	261	3,1	4,8	<0,01

ми Министерства здравоохранения РФ, Министра обороны РФ.

Материалы и методы

В ходе исследования проведен анализ результатов обучения всех слушателей, поступивших на обучение на цикл профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» за последние 5 лет. Исследование проводилось перед началом обучения и после завершения обучения (таблица).

Для статистической обработки полученных результатов, учитывая особенности анализируемой выборки, использованы *t*-критерий Стьюдента и ранговый коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты

В результате проведенного анализа установлено, что за весь период обучения (2015—2020 гг.) отмечено значимое ($p < 0,05—0,001$) повышение теоретических и практических знаний и умений, необходимых для выполнения военными специалистами нового вида профессиональной деятельности в сфере организации здравоохранения и общественного здоровья. Таким образом, можно предположить высокую эффективность применяемых в военной образовательной организации методов обучения, таких как деловые игры, кейс-методы и др.

В результате проведенного корреляционного анализа установлена положительная связь успешности освоения программ с базовым уровнем имеющихся компетенций ($r = 0,48$), а также отрицательная связь средней силы с количеством обучающихся в группе ($r = -0,36$), т. е. при количестве обучающихся в группе более 15 человек снижается качество освоения программ. Таким образом, в системе обучения специалистов медицинской службы Вооруженных Сил используется компетентностный подход, который предполагает непрерывность и преемственность обучения, создание образовательно-культурной среды подготовки и совершенствования специалистов органов управления медицинской службы.

Обсуждение

Существенной проблемой является отсутствие у слушателей из числа сотрудников военно-медицинских организаций и подразделений опыта и компетенций в разработке и реализации проектов, отсутствие начальной подготовки в области проектно-

ориентированного подхода в управлении повседневной деятельностью медицинской службы. До недавнего времени в медицинской службе Вооруженных Сил использовалась исключительно исторически сложившаяся функциональная система управления, а в системе образования специалистов в области организации здравоохранения отсутствовали программы подготовки в области управления проектами.

В разных жизненных и профессиональных ситуациях человеку приходится сталкиваться с большим количеством проблем. Чтобы избежать ошибок, выбрать оптимальный способ решения проблем, он должен уметь ставить конкретные задачи, принимать ответственные решения, планировать свои действия шаг за шагом, продумывать функции взаимодействия с другими субъектами, объективно оценивать свою способность достигать поставленных целей, размышлять о своей деятельности и деятельности других, анализировать полученные результаты. Это все и будет основными составляющими проектной деятельности.

Учебная группа работает в сопровождении куратора, в обязанности которого входит организация проектной деятельности работы группы: помощь в составлении плана работы, организация разбивки проектной работы на отдельные (индивидуальные) учебные задания, в случае необходимости оказание содействия в организации консультаций слушателей со специалистами, а также собеседования (по мере необходимости). Кураторы проектных работ назначаются из числа как преподавателей, так и высококвалифицированных специалистов военно-медицинских организаций, которые являются клиническими базами практики. При необходимости (рассмотрение узкоспециальных вопросов, проблематики смежных или сопряженных дисциплин и т. п.) с согласия руководителя могут назначаться консультанты из числа соответствующих специалистов (экономист, юрист и т. д.).

Задание для группы определяются из реальных проблем, которые существуют в конкретных медицинских организациях. Реальная задача, на которую направлено обучение, — это решение конкретных вопросов военно-медицинских организаций.

Перед началом обучения все слушатели проходят предварительное тестирование, которое носит диагностическую функцию, позволяя выбрать эффективную методику обучения, организовать их самостоятельную работу, определить готовность к восприятию нового материала.

До начала работы над проектами слушатели слушают полный курс лекций, предусмотренных программой профессиональной переподготовки, на которых излагаются избранные, наиболее важные разделы теории по всем предусмотренным программой темам.

Семинары проводятся в течение всего периода обучения. В ходе проведения семинаров контролируется уровень освоения содержания программы путем собеседований и проверок индивидуальных заданий, курсовых работ.

Практическая подготовка слушателей осуществляется при прохождении практических занятий под руководством кураторов проектных работ. Слушатели систематически анализируют ситуации, сформулированные проблемы, цели, которые необходимо достичь в рамках разрабатываемой темы, свод требуемых разнородных ресурсов, программу действий, направленных на преодоление обозначенных проблем, результаты, возможные последствия и риски.

На каждом занятии куратор обсуждает со слушателями выявленные недочеты, при необходимости дает дополнительную информацию, пояснения. Контроль самостоятельной работы слушателей и их успеваемости осуществляется в процессе всех занятий.

Задача группы — разработать и оформить проектное предложение по выбранной теме на основании индивидуальных работ участников всей группы. Проектная работа выполняется учебной группой и имеет групповое авторство.

Для обеспечения научно-исследовательской деятельности над проектной работой каждый слушатель обеспечен доступом к библиотечным фондам образовательной организации, а также всеми необходимыми материалами в военно-медицинских организациях (отчеты, приказы, медицинская документация, финансовые документы) и др. В начале обучения куратор предоставляет каждому обучающемуся учебно-методические материалы для самостоятельной работы. Слушатели изучают руководящие документы, презентации лекций, рекомендации национальных, европейских обществ по вопросам проектной работы. С помощью интернет-доступа знакомятся с материалами, размещенными на сайтах профессиональных сообществ.

При подготовке проектных работ недопустимо нарушение слушателями правил профессиональной этики: плагиат, фальсификация данных и ложное цитирование. Обнаружение нарушений профессиональной этики является основанием для снижения оценки за работу.

Освоение дополнительной профессиональной программы завершается обязательной итоговой аттестацией в виде защиты итоговой аттестационной работы и междисциплинарного экзамена по всем дисциплинам (разделам) дополнительной профессиональной программы. Для проведения итоговой аттестации создается аттестационная комиссия, состав которой утверждается руководителем военной образовательной организации из числа научно-педагогических кадров.

Итоговая (проектная работа является отдельным видом учебной деятельности — формой научно-исследовательской работы слушателей. Работа над проектами происходит в специально отведенное для этого в расписании время на клинических базах кафедры.

Итоговая аттестационная работа в виде освоения одной из актуальных на сегодняшний день задач (освоения актуального проекта), выполняется учебной

группой под общим руководством преподавателя (руководителя), назначенного начальником кафедры из числа опытных преподавателей. Руководитель итоговой аттестационной работы проводит вводное занятие, полностью описывающее предстоящую групповую работу, а также требования к итоговому документу; осуществляет общее руководство работой слушателей и оказывает помощь учебным группам.

Важной особенностью предложенной системы подготовки специалистов является то, что при реализации актуальных проектов в состав проектной команды включаются руководители медицинских организаций, которых непосредственно касаются проекты, а также представители органа управления медицинской службы Вооруженных Сил — Главного военно-медицинского управления Минобороны России. Таким образом, решаются вопросы приобретения дополнительных компетенций участниками проектных команд, а также преодолеваются проблемы административно-бюрократического характера.

Кроме того, независимую оценку результатов проделанной работы принимают заказчики, т. е. руководители военно-медицинских организаций Министерства обороны РФ, а не преподаватели военно-образовательной организации. Это позволяет нам сделать вывод о независимости комиссии и об объективной оценке результатов работы слушателей.

Перечень разделов программы профессиональной переподготовки, предложенных в виде направлений проектных работ:

- основы военного здравоохранения;
- теоретические основы организации здравоохранения;
- организация проведения медицинских экспертиз в Вооруженных Силах РФ;
- основы экономики здравоохранения;
- управление качеством медицинской помощи;
- основы медицинского права.

Итогом выполнения групповой проектной работы должны стать приобретение знаний, умений и навыков для самостоятельной работы: готовность к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, принятию ответственных управленческих решений, анализу последствий управленческих решений, редактированию текстов профессионально ориентированного содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности.

Заключение

В обучении руководителей здравоохранения можно использовать эффективный метод взаимодействия образования, науки и практики в подготовке качественно новых специалистов в организации здравоохранения — технологию проектного обучения. Об этом свидетельствуют результаты проведенного исследования: значительно увеличивается средний балл заключительного тестирования у слушателей, которые прошли обучение с использовани-

ем проектного метода, а также отмечается положительная связь успешности освоения программ с базовым уровнем имеющихся компетенций.

Внедрение метода проектного обучения в образовательный процесс позволит выпускникам цикла профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» приобрести новые знания, компетенции и практические навыки для решения прикладных задач, а также даст стимул к самообразованию.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмадулина Г. Х. Управление эффективностью обучения медицинских работников в современных условиях. *Современные проблемы науки и образования*. 2018;(1):40.
2. Нурмаганбетова М. С. Проектное обучение как один из инновационных методов обучения. В кн.: *Молодежь и государство: научно-методологические, социально-педагогические и психологические аспекты развития современного образования. Международные и российский опыт: сб. тр. VII Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием*. 2017. С. 80—85.
3. Тетюкова Е. П., Бельх Т. А. Проектное обучение — инновационный подход к организации учебного процесса в высших учебных заведениях РФ. Режим доступа: [https://elar.urfu.ru/](https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/78833/1/fti_2019_037.pdf)

[bitstream/10995/78833/1/fti_2019_037.pdf](https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/78833/1/fti_2019_037.pdf) (дата обращения 15.05.2020 г.).

4. Кудинова О. С., Скульмовская Л. Г. Проектная деятельность в вузе как основа инноваций. *Современные проблемы науки и образования*. 2018;(4):104.

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Akhmadullina G. Kh. Management of the effectiveness of training of medical workers in modern conditions. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2018;(1):40 (in Russian).
2. Nurmaganbetova M. S. Project training as one of the innovative teaching methods. In: *Youth and the state: scientific and methodological, socio-pedagogical and psychological aspects of the development of modern education. International and Russian experience: collection of works of the VII All-Russia. scientific-practical conf. with int. participation [Molodezh' i gosudarstvo: nauchno-metodologicheskiye i psikhologicheskiye aspekty razvitiya sovremennoy obrazovaniya. Mezhdunarodnyy i rossiyskiy opyt: sb. tr. VII Vseros. nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiyem]*. 2017. P. 80—85 (in Russian).
3. Tetyukova E. P., Belykh T. A. Project training — an innovative approach to the organization of the educational process in higher educational institutions of the Russian Federation. Available at: https://elar.urfu.ru/bitstream/10995/78833/1/fti_2019_037.pdf (accessed 15.05.2020 г.) (in Russian).
4. Kudinova O. S., Skul'movskaya L. G. Project activity at the university as the basis for innovation. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2018;(4):104 (in Russian).

© Полякова О. Б., Бонкало Т. И., 2020

УДК 612.4

Полякова О. Б.^{1,2}, Бонкало Т. И.³

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ

¹ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», 129226, г. Москва;

²АНО ВО «Открытый гуманитарно-экономический университет», 109147, г. Москва;

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

Цель исследования — выявить физиологические симптомы нервно-психического напряжения медицинских работников как фактора возникновения у них профессиональных деформаций.

Из 6830 опрошенных медицинских работников отобраны 816 с выраженными профессиональными деформациями с целью дальнейшего выявления у них физиологических симптомов нервно-психического напряжения. Использовали Опросник на выгорание Maslach Burnout Inventory и его модификацию, Опросник определения психического выгорания, Анкету оценки нервно-психической устойчивости «Прогноз», Опросник нервно-психического напряжения, Тест на стрессоустойчивость и стрессочувствительность. Математико-статистическая обработка данных — совокупность описательной статистики, критерия корреляции Пирсона и таблицы Чеддока для определения тесноты (силы) связи корреляции (<0,3 — слабая, 0,3—0,5 — умеренная, 0,5—0,7 — заметная, 0,7—0,9 — высокая, >0,9 — весьма высокая).

Профессиональные деформации медицинских работников выражаются доминирующим высоким уровнем истощения в эмоциональном и психоэмоциональном плане; выше среднего уровнем редуцированных процессов в области личных достижений и профессиональной мотивации; выше среднего уровнем с тенденцией к высокому уровню профессиональных деформаций; средним уровнем деперсонализационных изменений и отдаления личностного характера. Основными физиологическими симптомами среднего уровня нервно-психического напряжения являются выше среднего уровня изменения двигательной активности в целом, нарушения сна, неприятные ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы, неприятные проявления со стороны органов дыхания, неприятные температурные ощущения, неприятные явления психического дискомфорта, общая выраженность напряжения, повышение восприимчивости к внешним раздражителям, продолжительность состояния нервно-психического напряжения, склонность все излишне усложнять.

Ключевые слова: медицинские работники; напряжение; нервно-психическое напряжение; профессиональные деформации; физиологические симптомы.

Для цитирования: Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Физиологические симптомы нервно-психического напряжения как фактор возникновения профессиональных деформаций медицинских работников. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1195—1201. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1195-1201>

Для корреспонденции: Бонкало Татьяна Ивановна, д-р психол. наук, начальник отдела ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента» ДЗМ; e-mail: bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru

Polyakova O. B.¹, Boncalo T. I.²

FEATURES OF PSYCHOSOMATIZATION OF MEDICAL PERSONNEL WITH OCCUPATIONAL DEFORMITIES

¹Russian State Social University, 129226, Moscow, Russian Federation;

²Open Humanitarian and Economic University, 109147, Moscow, Russian Federation;

³State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115088, Moscow, Russian Federation

The purpose of the study is to identify the characteristics of psychosomatization of medical workers with occupational deformities. Of the 6,830 medical workers surveyed, 816 were selected with severe occupational deformities in order to further determine their psychosomatization characteristics. Used: Maslach Burnout Inventory (MBI), Modification Maslach Burnout Inventory (mod MBI), Mental Burnout Definition Questionnaire (MBDQ), Questionnaire for Identifying Problems and Their Impact on Health (QIPTIH), Psychosomatics of Our Lives (POL), Giessen somatic complaint questionnaire (GSCQ). Mathematical and statistical processing included descriptive statistics, C. Pearson's correlation criterion, and Cheddock's table for determining the tightness (strength) of correlation (weak — <0.3, moderate — 0.3—0.5, noticeable — 0.5—0.7, high — 0.7—0.9, very high — >0.9).

Medical workers with a high level of emotional / psycho-emotional exhaustion (57.57) have a higher average level with a tendency to a high level of professional deformations in general (116.36), a higher average level of reduction of personal achievements/reduction of professional motivation (33.67) and an average level of depersonalization/personal distance (20.70) dominates emotional/psycho-emotional exhaustion, which determines a high level of complaints about the activity of the cardiovascular system (heart complaints) (16.93; high connection 0.83) and pressure (intensity) of complaints in general (77.85; high connection 0.67), above average complaints about the activity of the digestive (8.56; marked connection 0.59) and respiratory (8.29; marked connection 0.62) systems, gastric complaints (18.25; marked connection 0.59), the average level of complaints about the activity of the musculoskeletal system (6.04; moderate connection 0.43), complaints on negative skin reactions (5.69; moderate association 0.46), pain in various parts of the body or rheumatism factor (13.98; moderate bond 0.48). The psychosomatization of medical workers with occupational deformities develops according to the coronary type, which gives reason to recommend medical workers to systematically diagnose, prevent and treat disorders of the cardiovascular system.

Keywords: coronary type; medical workers; professional deformations; psychosomatization; psychosomatics.

For citation: Polyakova O. B., Bonkalo T. I. Features of psychosomatization of medical personnel with occupational deformities. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(Special Issue):1195—1201 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1195-1201>

For correspondence: Bonkalo Tatyana Ivanovna, Doctor of Psychology, Head of the Department of the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, e-mail: Bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020

Введение

Субъективное переживание медицинскими работниками (МР) наличия таких профессиональных деформаций, как деперсонализационные изменения/отдаление личностного характера, истощение в эмоциональном/психоэмоциональном плане, редуционные процессы в области личных достижений/профессиональной мотивации [1, 2], сопряжено с физиологическими симптомами стресса, в частности профессионального (аллергические реакции; аритмия; блуждающие трудно определяемые боли; инфекционные и простудные заболевания; нарушение деятельности пищеварительной системы; нехватка воздуха при вдохе; ощущение кома в горле; резкая потеря или увеличение веса тела; систематические головные боли; спад остроты зрения; спазматические боли в животе и др.) [3, 4] и нервно-психического напряжения (НПН) (болевые ощущения; изменение двигательной активности; напряжение; нарушения координации движений, внимания, памяти, речи и сна; неадекватная окраска кожных покровов; неприятное психическое состояние, состояние слизистой оболочки полости рта и эмоциональное состояние; неприятные ощущения со стороны выделительной системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания и сердечно-сосудистой системы; неуверенность в себе; повышенная восприимчивость к внешним раздражителям; понижение мышечного тонуса и настроения; психический и физический дискомфорт; снижение помехоустойчивости, сообразительности и умственной работоспособности; температурные ощущения; усиленное потоотделение и др.) [5, 6], что негативно сказывается не только на эффективности профессиональной деятельности [7], но и на индивидуально-психологических особенностях МР [8], а также на их поведении [9] и других сферах жизнедеятельности [10, 11].

Цель исследования — выявить физиологические симптомы НПН МР как фактора возникновения у них профессиональных деформаций.

Материалы и методы

Из 6830 опрошенных МР отобраны 816 с выраженными профессиональными деформациями с целью дальнейшего выявления у них особенностей НПН.

Диагностирование составляющих профессиональных деформаций МР проводили по блоку методик:

- опросник на выгорание Maslach Burnout Inventory (MBI) [12, 13] и его модификация (mod MBI) [12, 14], направленные на определе-

ние истощения в эмоциональном плане (ИЭП), деперсонализационных изменений (ДИ), редуционных процессов в области личных достижений (РПОЛД) и профессиональных деформаций вообще (ΣПД) в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой [15];

- опросник определения психического выгорания (ООПВ) [16, 17], направленный на выявление истощения в психоэмоциональном плане (ИПЭП), отдаления личностного характера (ОЛХ), редуционных процессов в области профессиональной мотивации (РПОПМ) и профессиональных деформаций вообще (ΣПД) в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой [15].

Установление физиологических симптомов НПН МР с профессиональными деформациями организовано путем апробации:

1) анкеты оценки нервно-психической устойчивости «Прогноз» (АОНПУ П) [18], направленной на установление наличия НПН, в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 1);

2) опросника НПН (ОНПН) [19], направленного на выявление степени НПН и отдельных физиологических симптомов в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 1):

- наличие физического дискомфорта (НФД);
- наличие болевых ощущений (НБО);
- неприятные температурные ощущения (НТО);
- понижение мышечного тонуса (ПМТ);
- нарушение координации движений (НКД);
- изменение двигательной активности в целом (ИДАЦ);
- неприятные ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы (НОС ССС);
- неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта (НОС ЖКТ);
- неприятные проявления со стороны органов дыхания (НПС ОД);
- неприятные проявления со стороны выделительной системы (НПС ВС);
- усиление потоотделения (УП);
- неприятное состояние слизистой оболочки полости рта (НССОПР);
- неадекватная окраска кожных покровов (НОКП);
- повышение восприимчивости к внешним раздражителям (ПВВР);
- снижение уверенности в себе (СУС);
- снижение настроения (СН);
- нарушения сна (НС);
- неприятное эмоциональное состояние в целом (НЭСЦ);

Таблица 1
Уровни физиологических симптомов НПН МР
с профессиональными деформациями

Методики и их компоненты	Выраженность физиологических симптомов НПН										
	НУ		НСУ		СУ		ВСУ		ВУ		
	от	до	от	до	от	до	от	до	от	до	
АОНПУ П											
НПН	0	14	15	28	29	41	42	55	56	69	
ОНПН											
отдельные физиологические симптомы	1,0	1,3	1,4	1,7	1,8	2,2	2,3	2,6	2,7	3,0	
НПН	30	41	42	53	54	66	67	78	79	90	
ТСС											
ПРО, СВИУ, ППЗ, ДСПС (баллы)	5	12	13	22	23	32	33	41	42	50	
КСПС баллы	42	50	33	41	23	32	13	22	5	12	
стены	1	2	3	4	5						
УПС											
баллы	-20	-13	-12	-5	-4	+4	+5	+12	+13	+20	
стены	1	2	3	4	5						
НПН	22	53	54	95	96	137	138	175	176	210	
ΣНПН	52	109	110	177	178	245	246	309	310	369	

Примечание. Уровень: НУ — низкий, НСУ — ниже среднего, СУ — средний, ВСУ — выше среднего, ВУ — высокий.

- снижение помехоустойчивости (СП);
 - нарушения речи (НР);
 - неприятная оценка психического состояния (НОПС);
 - нарушения памяти (НП);
 - нарушения внимания (НВ);
 - снижение сообразительности (СС);
 - снижение умственной работоспособности (СУР);
 - неприятные явления психического дискомфорта (НЯПД);
 - распространение признаков напряжения (РПН);
 - частота возникновения состояния напряжения (ЧВСН);
 - продолжительность состояния НПН (ПСНПН);
 - общая выраженность напряжения (ОВН);
- 3) теста на стрессоустойчивость и стрессочувствительность (ТСС)¹, направленного на определение уровня НПН и отдельных показателей, в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой (табл. 1):
- повышенной реакции на обстоятельства (ПРО);
 - склонности все излишне усложнять (СВИУ);
 - предрасположенности к психосоматическим заболеваниям (ППЗ);
 - деструктивных способов преодоления стрессов (ДСПС);
 - конструктивных способов преодоления стрессов (КСПС);

- увеличения постоянного стресса за последние 3 года (УПС).

Для математико-статистической обработки данных использовали совокупность описательной статистики, критерий корреляции Пирсона и таблицы Чеддока для определения тесноты (силы) связи корреляции (<0,3 — слабая, 0,3—0,5 — умеренная, 0,5—0,7 — заметная, 0,7—0,9 — высокая, >0,9 — весьма высокая).

Результаты исследования

У МР определены высокий уровень истощения в эмоциональном (51,64) и психоэмоциональном плане (69,43); выше среднего уровень редуccionных процессов в области личных достижений (35,38) и профессиональной мотивации (30,25); выше среднего уровень с тенденцией к высокому уровню профессиональных деформаций (103,04 и 129,63); средний уровень деперсонализационных изменений (16,02) и отдаления личностного характера (29,95) (табл. 2).

У МР с профессиональными деформациями при среднем уровне НПН (38,04, 60,92, 114,51 и 213,47 соответственно) выявлены следующие физиологические симптомы НПН (табл. 2):

- 1) выше среднего уровень:
 - склонности все излишне усложнять (33,05, беспокойный сон, застенчивость, излишне серьезное отношение к работе, мысли о возможных неприятностях, пессимизм, робость, склонность подмечать негатив, стеснительность, страх перед будущим);
 - неприятных ощущений со стороны сердечно-сосудистой системы (2,59, боли в области сердца, ощущение сжатия в области сердца, покалывание, учащенное сердцебиение);
 - общей выраженности напряжения (2,59, выраженное и чрезмерное НПН);
 - изменение двигательной активности в целом (2,40, усиление двигательной активности, неспособность усидеть на месте, повышенная суетливость, болезненное желание изменять положение тела, двигаться и ходить);
 - неприятных явлений психического дискомфорта (2,39, неприятное психическое состояние, снижение самочувствия, мешающее выполнению работы);
 - неприятных проявлений со стороны органов дыхания (2,38, комок в горле, недостаточность вдоха, одышка);
 - продолжительности состояния НПН (2,37, длительность напряжения, наличие напряжения даже после исчезновения стрессогенных факторов);
 - неприятных температурных ощущений (2,36, похолодание конечностей, озноб);
 - повышения восприимчивости к внешним раздражителям (2,34, обострение чувствительности, отвлекаемость, фиксация на посторонних раздражителях);
 - нарушений сна (2,34, беспокойный сон, частые пробуждения, неприятные сновидения);

¹ Тест на стрессоустойчивость и стрессочувствительность. URL: <http://www.no-stress.ru/testy/stress.html> (дата обращения: 02.06.2020).

2) средний уровень:

- повышенной реакции на обстоятельства (30,28, обращение внимания не только на трудные производственные ситуации, но и на высокие цены, испортившуюся погоду, критику извне и т. д.);
- деструктивных способов преодоления стрессов (23,06, часто вкусная еда, сигареты и телевизор, реже агрессия и алкоголь);
- предрасположенности к психосоматическим заболеваниям (22,97, ситуативно наблюдаются боли в области сердца, головные боли, дрожь конечностей, затрудненность дыхания, напряжение, повышенная утомляемость, проблемы с желудком, учащение сердцебиения);
- увеличения постоянного стресса за последние 3 года (3,14, профессиональный стресс в наличии, практически не изменился);
- распространения признаков напряжения (2,21, отчетливость симптомов напряжения);
- неприятных ощущений со стороны желудочно-кишечного тракта (2,14, легкий голод, подкашивание в подложечной области, урчание в животе);
- понижения мышечного тонуса (2,07, умеренный мышечный тонус, умеренное мышечное напряжение);
- частоты возникновения состояния напряжения (2,05, частое развитие напряжения при наличии стрессогенных факторов);
- нарушений внимания (1,95, попытки поддерживать сосредоточенность);
- наличия физического дискомфорта (1,95, неприятные ощущения, не мешающие выполнению работы и не причиняющие серьезного беспокойства);
- неадекватной окраски кожных покровов (1,93, покраснение кожи лица, рук, шеи);
- неприятных проявлений со стороны выделительной системы (1,92, учащенное желание воспользоваться туалетом, способность выдержаться (терпеть));
- неприятной оценки психического состояния (1,92, попытки поддержать готовность к работе, душевные силы, мобилизованность и психический тонус);
- нарушений памяти (1,88, относительно легкое припоминание необходимой информации);
- усиления потоотделения (1,85, умеренное потоотделение);
- неприятного эмоционального состояния в целом (1,85, озабоченность, повышенная ответственность, азарт, положительно окрашенная злость);
- наличия болевых ощущений (1,82, болевые ощущения, изредка появляющиеся, быстро исчезающие и не мешающие выполнению работы);
- снижения уверенности в себе (1,81, попытки поддержать мотивацию к успеху и уверенность в себе);

- снижения умственной работоспособности (1,80, легкая утомляемость после умственной работы);

3) ниже среднего уровень:

- конструктивных способов преодоления стрессов (2,01, чаще анализ действий, общение с друзьями, поиск решений, смена деятельности, сон, реже изменение поведения в зависимости от ситуации, отдых, физическая активность);
- неприятного состояния слизистой оболочки полости рта (1,72, практическое отсутствие каких-либо изменений слизистой полости рта);
- нарушения координации движений (1,71, координация движений практически неизменная);
- снижения помехоустойчивости (1,70, практическое отсутствие каких-либо изменений помехоустойчивости);
- снижения настроения (1,68, практически неизменное настроение);
- снижения сообразительности (1,67, практическое отсутствие изменений сообразительности);
- нарушений речи (1,53, практически неизменная речь без запинок и пауз).

С помощью математико-статистической обработки данных установлены:

1) высокая связь между истощением в эмоциональном/психоэмоциональном плане и изменением двигательной активности в целом (0,825), нарушениями сна (0,875), неприятными ощущениями со стороны сердечно-сосудистой системы (0,78), неприятными проявлениями со стороны органов дыхания (0,79), неприятными температурными ощущениями (0,81), неприятными явлениями психического дискомфорта (0,80), общей выраженностью напряжения (0,875), повышением восприимчивости к внешним раздражителям (0,765), продолжительностью состояния НПН (0,835), склонностью все излишне усложнять (0,87); профессиональными деформациями вообще и изменением двигательной активности в целом (0,64), нарушениями сна (0,675), неприятными ощущениями со стороны сердечно-сосудистой системы (0,655), неприятными проявлениями со стороны органов дыхания (0,585), неприятными температурными ощущениями (0,645), неприятными явлениями психического дискомфорта (0,60), общей выраженностью напряжения (0,71), повышением восприимчивости к внешним раздражителям (0,61), продолжительностью состояния НПН (0,635), склонностью все излишне усложнять (0,625);

2) заметная связь между редуцированными процессами в области личных достижений/профессиональной мотивации и изменением двигательной активности в целом (0,60), нарушениями сна (0,655), неприятными ощущениями со стороны сердечно-сосудистой системы (0,695), неприятными проявлениями со стороны органов дыхания (0,575), неприятными температурными ощущениями (0,675), неприятными явлениями психического дискомфорта (0,585),

Таблица 2

Наличие связи физиологических симптомов НПН и профессиональных деформаций МР

Методики и их компоненты	ОВ, МВИ; мод ОВ, mod MBI				ООПВ				
	ИЭП	ДИ	РПОЛД	ΣПД	ИПЭП	ОЛХ	РПОПМ	ΣПД	
	51,64 (ВУ)	16,02 (СУ)	35,38 (ВСУ)	103,04 (ВСУ)	69,43 (ВУ)	29,95 (СУ)	30,25 (ВСУ)	129,63 (ВУ)	
АОНПУ П									
НПН	38,04 (СУ)	0,24	0,20	0,23	0,22	0,23	0,19	0,21	0,21
ОНПН									
НФД	1,95 (СУ)	0,20	0,21	0,22	0,21	0,18	0,20	0,20	0,19
НБО	1,82 (СУ)	0,19	0,24	0,23	0,22	0,24	0,17	0,20	0,20
НТО	2,36 (ВСУ)	0,83	0,48	0,65	0,65	0,79	0,43	0,70	0,64
ПМТ	2,07 (СУ)	0,23	0,20	0,22	0,22	0,20	0,21	0,24	0,22
НКД	1,71 (НСУ)	0,12	0,14	0,10	0,12	0,13	0,09	0,11	0,11
ИДАЦ	2,40 (ВСУ)	0,81	0,51	0,58	0,63	0,84	0,49	0,62	0,65
НОС ССС	2,59 (ВСУ)	0,76	0,50	0,69	0,65	0,80	0,47	0,70	0,66
НОС ЖКТ	2,14 (СУ)	0,22	0,19	0,22	0,21	0,24	0,21	0,23	0,23
НПС ОД	2,38 (ВСУ)	0,81	0,40	0,56	0,59	0,77	0,38	0,59	0,58
НПС ВС	1,92 (СУ)	0,19	0,18	0,24	0,20	0,23	0,20	0,24	0,22
УП	1,85 (СУ)	0,21	0,18	0,23	0,21	0,24	0,23	0,22	0,23
НССОПР	1,72 (НСУ)	0,14	0,10	0,08	0,11	0,12	0,10	0,13	0,12
НОКП	1,93 (СУ)	0,20	0,17	0,22	0,20	0,24	0,24	0,24	0,24
ПВВР	2,34 (ВСУ)	0,78	0,49	0,61	0,63	0,75	0,46	0,57	0,59
СУС	1,81 (СУ)	0,21	0,17	0,20	0,19	0,24	0,19	0,24	0,22
СН	1,68 (НСУ)	0,13	0,09	0,11	0,11	0,12	0,12	0,10	0,11
НС	2,34 (ВСУ)	0,89	0,50	0,67	0,69	0,86	0,47	0,64	0,66
НЭСЦ	1,85 (СУ)	0,20	0,20	0,23	0,21	0,24	0,18	0,24	0,22
СП	1,70 (НСУ)	0,14	0,09	0,13	0,12	0,10	0,15	0,10	0,12
НР	1,53 (НСУ)	0,12	0,12	0,11	0,12	0,14	0,08	0,15	0,12
НОПС	1,92 (СУ)	0,24	0,19	0,23	0,22	0,23	0,20	0,22	0,22
НП	1,88 (СУ)	0,22	0,17	0,21	0,20	0,24	0,24	0,19	0,22
НВ	1,95 (СУ)	0,21	0,19	0,20	0,20	0,23	0,19	0,23	0,22
СС	1,67 (НСУ)	0,12	0,09	0,10	0,10	0,11	0,13	0,14	0,13
СУР	1,80 (СУ)	0,23	0,20	0,21	0,21	0,22	0,21	0,21	0,21
НЯЦД	2,39 (ВСУ)	0,78	0,38	0,60	0,59	0,82	0,43	0,57	0,61
РПН	2,21 (СУ)	0,20	0,18	0,20	0,19	0,23	0,20	0,23	0,22
ЧВСН	2,05 (СУ)	0,21	0,20	0,19	0,20	0,23	0,22	0,20	0,22
ПСНПН	2,37 (ВСУ)	0,85	0,45	0,62	0,64	0,82	0,47	0,60	0,63
ОВН	2,59 (ВСУ)	0,86	0,48	0,76	0,70	0,89	0,46	0,80	0,72
НПН	60,92 (СУ)	0,18	0,19	0,18	0,18	0,20	0,19	0,18	0,19
ТСС									
ПРО	30,28 (СУ)	0,24	0,17	0,20	0,20	0,22	0,21	0,19	0,21
СВИУ	33,05 (ВСУ)	0,88	0,37	0,59	0,61	0,86	0,42	0,63	0,64
ППЗ	22,97 (СУ)	0,20	0,19	0,22	0,20	0,21	0,20	0,19	0,20
ДСПС	23,06 (СУ)	0,19	0,18	0,20	0,19	0,22	0,21	0,17	0,20
КСПС	2,01 (НСУ)	0,12	0,09	0,11	0,11	0,13	0,14	0,10	0,12
УПС	3,14 (СУ)	0,20	0,20	0,16	0,19	0,24	0,24	0,18	0,22
НПН	114,51 (СУ)	0,23	0,18	0,20	0,20	0,21	0,20	0,20	0,20
ΣНПН	213,47 (СУ)	0,19	0,17	0,19	0,18	0,19	0,18	0,17	0,18

Примечание. Уровень: НСУ — ниже среднего, СУ — средний, ВСУ — выше среднего, ВУ — высокий. Корреляционная связь является статистически значимой ($p < 0,01$).

общей выраженностью НПН (0,78), повышением восприимчивости к внешним раздражителям (0,59), продолжительностью состояния НПН (0,61), склонностью все излишне усложнять (0,61);

3) умеренная связь между деперсонализационными изменениями/отдалением личностного характера и изменением двигательной активности в целом (0,50), нарушениями сна (0,485), неприятными ощущениями со стороны сердечно-сосудистой системы (0,485), неприятными проявлениями со стороны органов дыхания (0,39), неприятными температурными ощущениями (0,455), неприятными явлениями психического дискомфорта (0,405), общей выраженностью НПН (0,47), повышением восприимчивости к внешним раздражителям (0,475), продолжительностью состояния НПН (0,46), склонностью все излишне усложнять (0,395).

Обсуждение

Результаты выявления физиологических симптомов НПН МР с профессиональными деформациями коррелирует с выявлением НПН МР [5, 6], описанием синдрома эмоционального выгорания и профессиональной деформации МР [1, 2], установлением негативного влияния НПН и профессиональных деформаций на профессиональную деятельность МР [7, 15], их индивидуально-психологические особенности [8], поведение [9] и другие сферы жизнедеятельности [10, 11], характеристикой физиологических симптомов стресса, в частности профессионального [3, 4].

Выводы

Таким образом, основными физиологическими симптомами среднего уровня НПН МР с професси-

ональными деформациями (доминирующим высоким уровнем истощения в эмоциональном и психоэмоциональном плане; выше среднего уровнем редуцированных процессов в области личных достижений и профессиональной мотивации; выше среднего уровнем с тенденцией к высокому уровню профессиональных деформаций; средним уровнем деперсонализационных изменений и отдаления личностного характера) являются выше среднего уровня:

- изменения двигательной активности в целом;
- нарушения сна;
- неприятные ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы;
- неприятные проявления со стороны органов дыхания;
- неприятные температурные ощущения;
- неприятные явления психического дискомфорта;
- общая выраженность напряжения;
- повышение восприимчивости к внешним раздражителям;
- продолжительность состояния НПН;
- склонность все излишне усложнять.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакумов П. А., Волчанский М. Е., Зернюкова Е. А., Гречкина Е. Р., Ковальская Е. Н. Синдром эмоционального выгорания у медицинских работников и профессиональная деформация личности. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2014;(3):108—10.
2. Jafar Zade D. A., Senkevich L. V., Polyakova O. B., Basimov M. M., Strelkov V. I., Tarasov M. V. Features of professional deformation (burnout) of medical workers depending on working conditions. *Prensa Medica Argentina*. 2019;105(1):1000334.
3. Карпухина М. Б., Иконникова Т. В., Антипенко Е. А., Мокина Т. В., Романенко Ж. В., Густов А. В. и др. Психофизиологическая коррекция расстройств адаптации у медицинских работников поликлинического звена. *Клиническая неврология*. 2018;(2):15—8.
4. Elshansky S. P., Anufriev A. F., Polyakova O. B., Semenov D. V. Positive personal qualities and depression. *Prensa Medica Argentina*. 2018;104(6):1000322.
5. Бухтияров И. В., Рубцов М. Ю. Профессиональное выгорание как результат напряжения и перенапряжения. *Актуальные проблемы медицины труда: сборник трудов Саратовского государственного университета*. Саратов, 2018:266—93.
6. Polyakova O. B., Semenov D. V., Anufriev A. F., Blinov A. O., Kovalova M. A., Pchelina V. V., Shcheglova A. S. Specificity of the neurotic syndrome of employees of organizations with professional deformations. *Ind. J. Public Health Res. Dev.* 2020;11(3):1357—62.
7. Богданова С. В. Синдром эмоционального выгорания медицинского персонала детского стоматологического отделения. *Форум молодых ученых*. 2018;(7):153—8.
8. Сосновская Е. Е. Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания у врачей-педиатров. *Вестник факультета психологии и педагогики: сборник научных статей Челябинского государственного университета*. Челябинск, 2018:55—62.
9. Bonkalo T. I., Polyakova O. B., Bonkalo S. V., Kolesnik N. T., Sorokoumova E. A. Development of ethnic social identity among the members of ethnic community organizations as the factor of preventing the spread of nationalist in a multicultural society. *Biosci. Biotechnol. Res. Asia*. 2015;12(3):2361—72. DOI: <http://dx.doi.org/10.13005/bbra/1912>
10. Пашченко М. В., Куташов В. А. К проблеме эмоционального выгорания у врачей. *Молодой ученый*. 2015;(23):368—70.
11. Фишман Б. Е., Гольцова Н. В. Реальность эмоционального выгорания у студентов медицинского колледжа. *Фундаментальные исследования*. 2014;(9—12):2774—8.
12. Maslach C., Jackson S. MBI: Maslach Burnout Inventory; research edition. Palo Alto, 1981:13—5.
13. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2000. 512 с.
14. Практикум по психологии профессиональной деятельности. СПб.: СПбГУ, 2000. 304 с.
15. Polyakova O. B., Petrova E. A., Mironova O. I., Semenov D. V. Specificity of psychosomatization of psychologist-leaders with professional deformations (burnout). *Prensa Medica Argentina*. 2019;105(1):1000326.
16. Farber B. A. Introduction: A critical perspective on burnout. *Stress and burnout in the human service professions*. N. Y.: Pergamon Press, 1983:1—20.
17. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Институт психотерапии, 2002. 490 с.
18. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Самара: Бахрах-М, 2007. 672 с.
19. Я, ты, мы в зеркале познания. М.: Институт практической психологии; Воронеж: МОДЭК, 1995. 96 с.

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Bakumov P. A., Volchanskiy M. Ye., Zerniyukova Ye. A., Grechki-na Ye. R., Koval'skaya Ye. N. Sindrom emotsional'nogo vygoraniya u meditsinskikh rabotnikov i professional'naya deformatsiya lichnosti. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*. 2014;(3):108—10 (in Russian).
2. Jafar Zade D. A., Senkevich L. V., Polyakova O. B., Basimov M. M., Strelkov V. I., Tarasov M. V. Features of professional deformation (burnout) of medical workers depending on working conditions. *Prensa Medica Argentina*. 2019;105(1):1000334.
3. Karpukhina M. B., Ikonnikova T. V., Antipenko Ye. A., Mokina T. V., Romanenko Zh. V., Gustov A. V. et al. Psychophysiological correction of adjustment disorders in outpatient medical workers. *Klinicheskaya nevrologiya*. 2018;(2):15—8 (in Russian).
4. Elshansky S. P., Anufriev A. F., Polyakova O. B., Semenov D. V. Positive personal qualities and depression. *Prensa Medica Argentina*. 2018;104(6):1000322.
5. Bukhtiyarov I. V., Rubtsov M. Yu. Professional burnout as a result of stress and overvoltage. *Aktual'nyye problemy meditsiny truda: Sbornik trudov Saratovskogo gosudarstvennogo universiteta*. Saratov, 2018:266—93 (in Russian).
6. Polyakova O. B., Semenov D. V., Anufriev A. F., Blinov A. O., Kovalova M. A., Pchelina V. V., Shcheglova A. S. Specificity of the neurotic syndrome of employees of organizations with professional deformations. *Ind. J. Public Health Res. Dev.* 2020;11(3):1357—62.
7. Bogdanova S. V. Burnout syndrome of medical personnel of the children's dental department. *Forum molodykh uchenykh*. 2018;(7):153—8 (in Russian).
8. Sosnovskaya Ye. Ye. Features of the manifestation of burnout syndrome in pediatricians. *Vestnik fakul'teta psikhologii i pedagogiki: Sbornik nauchnykh statey Chelyabinskogo gosudarstvennogo universiteta*. Chelyabinsk, 2018:55—62 (in Russian).
9. Bonkalo T. I., Polyakova O. B., Bonkalo S. V., Kolesnik N. T., Sorokoumova E. A. Development of ethnic social identity among the members of ethnic community organizations as the factor of preventing the spread of nationalist in a multicultural society. *Biosci. Biotechnol. Res. Asia*. 2015;12(3):2361—72. DOI: <http://dx.doi.org/10.13005/bbra/1912>
10. Pashchenko M. V., Kutashov V. A. To the problem of emotional burnout in doctors. *Moloday uchenyy*. 2015;(23):368—70 (in Russian).
11. Fishman B. Ye., Gol'tsova N. V. The reality of burnout in medical college students. *Fundamental'nyye issledovaniya*. 2014;(9—12):2774—8 (in Russian).
12. Maslach C., Jackson S. MBI: Maslach Burnout Inventory; research edition. Palo Alto, 1981:13—5.
13. Il'in Ye. P. Motivation and motives. St. Petersburg: Piter, 2000. 512 p. (in Russian).
14. Workshop on the psychology of professional activity. St. Petersburg: SPbGU, 2000. 304 p. (in Russian).

15. Polyakova O. B., Petrova E. A., Mironova O. I., Semenov D. V. Specificity of psychosomatization of psychologist-leaders with professional deformations (burnout). *Prensa Medica Argentina*. 2019;105(1):1000326.
16. Farber B. A. Introduction: A critical perspective on burnout. *Stress and burnout in the human service professions*. N. Y.: Pergamon Press, 1983:1—20.
17. Fetiskin N. P., Kozlov V. V., Manuylov G. M. Socio-psychological diagnostics of the development of personality and small groups. Moscow: Institut psikhoterapii, 2002. 490 p. (in Russian).
18. Raygorodskiy D. Ya. Practical psychodiagnostics. Samara: Bakhrah-M, 2007. 672 p. (in Russian).
19. I, you, we are in the mirror of knowledge. M.: Institut prakticheskoy psikhologii; Voronezh: MODEK, 1995. 96 p. (in Russian).

© Коллектив авторов, 2020

УДК 616.24-006.04-06:616-005.11-08

Самородов Н. А.¹, Сабанчиева Ж. Х.², Шмелева С. В.³, Камынина Н. Н.⁴**ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ С ПРИМЕНЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ БРОНХОЛОГИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО С НАРАСТАЮЩЕЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НЕИЗВЕСТНОЙ ЭТИОЛОГИИ**¹ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер» МЗ КБР, 360004, г. Нальчик;²ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова», 360004, г. Нальчик;³ФГБОУ ВО «Московский государственный университет технологий и управления им. К. Г. Разумовского», 109004, г. Москва;⁴ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва

Медицинским работникам все чаще приходится оказывать помощь больным ВИЧ-инфекцией с острыми нарушениями жизненно важных функций и требующим проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий. Главная задача клиницистов — максимально быстро купировать симптомы вторичных заболеваний, развившихся осложнений (специфических и неспецифических) для того, чтобы больной мог начать или продолжить противовирусную терапию.

Целью данной работы явилось представление первого опыта успешного лечения больного с прогрессирующей ВИЧ-инфекцией, применение стентирования главных бронхов при их критическом опухолевом стенозе в комплексном лечении.

Проведение временной эндоскопической реканализации просвета крупных дыхательных путей позволило избежать перевода больного на искусственную вентиляцию легких, провести необходимый комплекс диагностических и лечебных процедур, восстановить вентиляцию и аэрацию легких, что привело к повышению оксигенации крови и улучшению на этом фоне общего самочувствия больного.

К л ю ч е в ы е с л о в а : лечебно-диагностический алгоритм; ВИЧ-инфекция; опухолевый стеноз; стентирование бронха; интервенционная эндоскопия.

Для цитирования: Самородов Н. А., Сабанчиева Ж. Х., Шмелева С. В., Камынина Н. Н. Лечебно-диагностический алгоритм с применением современных бронхологических возможностей при лечении больного с нарастающей обструкцией дыхательных путей неизвестной этиологии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(специальный выпуск):1202—1207. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1202-1207>

Для корреспонденции: Сабанчиева Жанета Хусейновна, д-р мед. наук, проф. кафедры общей врачебной практики, геронтологии, общественного здоровья и здравоохранения медицинского факультета; e-mail: sabanchiyeva@mail.ru

Samorodov N. A.¹, Sabanchieva D. H.², Shmeleva S. V.³, Kamynina N.N.⁴**TREATMENT AND DIAGNOSTIC ALGORITHM WITH THE APPLICATION OF MODERN BRONCHOLOGICAL POSSIBILITIES IN THE TREATMENT OF A PATIENT WITH INCREASING RESPIRATORY OBSTRUCTION OF UNKNOWN ETHIOLOGY**¹Tuberculosis Dispensary of the Ministry of Health of the Kabardino-Balkarian Republic, 360000, Nalchik, Russian Federation;²Kabardino-Balkarian State University named after H. M. Berbekova, 360004, Nalchik, Russian Federation;³Moscow State University of Technology and Management named after K. G. Razumovsky, 109004, Moscow, Russian Federation;⁴State Budgetary Institution "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", 115088, Moscow, Russian Federation

More and more often, medical workers have to provide assistance to patients with HIV infection with acute disorders of vital functions who require intensive care and resuscitation. The main task of clinicians is to quickly stop the symptoms of secondary diseases that have led to the complications (specific and nonspecific) so that the patient can start or continue antiviral therapy. The aim of this work was to present the first experience of successful treatment of a patient with progressive HIV infection using stenting of the main bronchi with their critical tumor stenosis in complex treatment. Conducting temporary endoscopic recanalization of the lumen of the large airways made it possible to avoid transferring the patient to artificial ventilation of the lungs, to carry out the necessary complex of diagnostic and therapeutic procedures, to restore ventilation and aeration of the lungs, which led to an increase in blood oxygenation and some improvement in the patient's general well-being.

К e y w o r d s : treatment and diagnostic algorithm; HIV-infection; tumor stenosis; stenting of the bronchus; interventional endoscopy.

For citation: Samorodov N. A., Sabanchieva D. H., Shmeleva S. V., Kamynina N.N. Treatment and diagnostic algorithm with the application of modern bronchological possibilities in the treatment of a patient with increasing respiratory obstruction of unknown etiology. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1202—1207 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1202-1207>

For correspondence: Sabanchieva Zhaneta Huseynova, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General Medical Practice, Gerontology, Public Health and Health of the Faculty of Medicine of KBSU; Sabanchiyeva@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020

Accepted 29.07.2020

Введение

Несмотря на стремительно развивающуюся торакальную хирургию и накопленный значительный опыт в диагностике и оперативном лечении бифуркационных опухолей и трахеобронхиальных стенозов различной этиологии, непосредственные и отдаленные результаты лечения данной категории больных остаются неудовлетворительными [1—5]. Подобные операции требуют от хирурга очень высокого технического совершенства, специального шовного материала и не всегда возможны из-за обширности изменений в трахее или в связи с тяжестью состояния больных [2, 5].

В настоящее время сохраняется определенный контингент пациентов, для которых протезирование трахеи, ее бифуркации или главных бронхов остается единственно возможным вариантом как этапного, так и окончательного лечения [7, 8]. В противном случае длительные мучения при жизни и смерть от удушья — таков удел этих больных, подавляющее большинство которых составляют лица молодого и среднего возраста. Медицинская помощь больным ВИЧ-инфекцией направлена на максимальное продление жизни, улучшение ее качества, сохранение трудоспособности на фоне пожизненного проведения специфического лечения [9, 10].

Прогресс биомедицинских и высоких внутрипросветных хирургических технологий обеспечил создание новых типов эксплантатов (в том числе с памятью формы) и эндобронхиальных средств доставки, установки и фиксации линейных трахеальных и бронхиальных эндопротезов [11—14]. Использование стентов, позволяющих сохранить просвет реканализированной трахеи или бронхов, на первых порах внушило оптимизм многим врачам, но оказалось, что даже длительное стентирование не исключает вероятность рестенозирования [8, 15].

Нерешенные вопросы диагностики, морфологической верификации доброкачественных заболеваний и злокачественных поражений трахеи и ее бифуркации, индивидуализации выбора метода оперативного вмешательства подтверждают актуальность рассмотрения приведенного в статье клинического случая.

Клинический случай

Пациент Б., 51 год, в апреле 2020 г. обратился за медицинской помощью к участковому терапевту с жалобами на нарастающие в течение месяца одышку, кашель, слабость и дисфагию. Из анамнеза известно, что он 10 лет состоит на учете у инфекциониста по поводу ВИЧ-инфекции, от

предложенного обследования и лечения неоднократно отказывался.

В амбулаторном порядке выполнена рентгенограмма органов грудной клетки, на которой выявлено расширение тени средостения. Больной консультирован торакальным хирургом: рекомендовано дообследование в дифференциально-диагностическом отделении с предварительным диагнозом «медиастинальная лимфаденопатия неясной этиологии».

Данные объективного осмотра: телосложение астеническое, пониженного питания. Кожа бледная, периферические лимфоузлы не увеличены, отеков нет, температура тела 37,2°C. Видимые слизистые оболочки бледные. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания с включением в работу вспомогательных дыхательных мышц. Одышка в покое, частота дыхания 30 в 1 мин. Дыхание стридорозное, ослабленное с двух сторон в нижних отделах, единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС 112 уд/мин, артериальное давление 125/90 мм рт. ст. Сатурация крови при дыхании атмосферным воздухом в покое 86%. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

Данные лабораторного и инструментального обследования. В клиническом анализе крови при поступлении отмечался незначительный лейкоцитоз ($11,5 \cdot 10^9$) и анемия (Hb 96 г/л), в остальном — без существенных отклонений от нормы. В биохимическом анализе крови повышен уровень С-реактивного белка (30 мг/л) и снижено содержание общего белка (54,5 г/л), в остальном — без существенных отклонений от нормы. Уровень CD4-лимфоцитов крови —

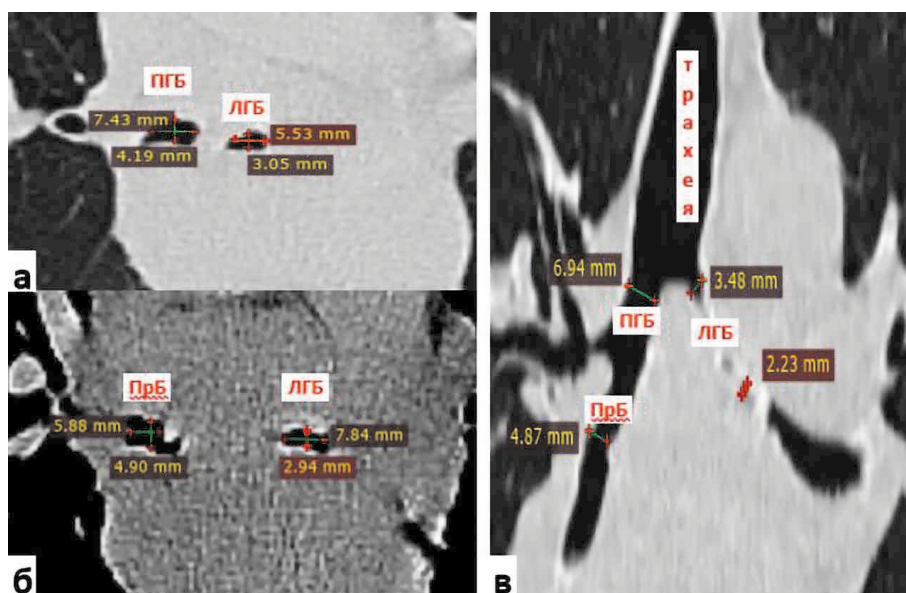


Рис. 1. Компьютерная томограмма органов грудной полости пациента Б. от 23.04.2020 г., до установки стента.

Здесь и на рис. 2, 4: а — аксиальная плоскость, «легочное окно»; б — аксиальная плоскость, «медиастинальное окно»; в — коронарная плоскость, «легочное окно».

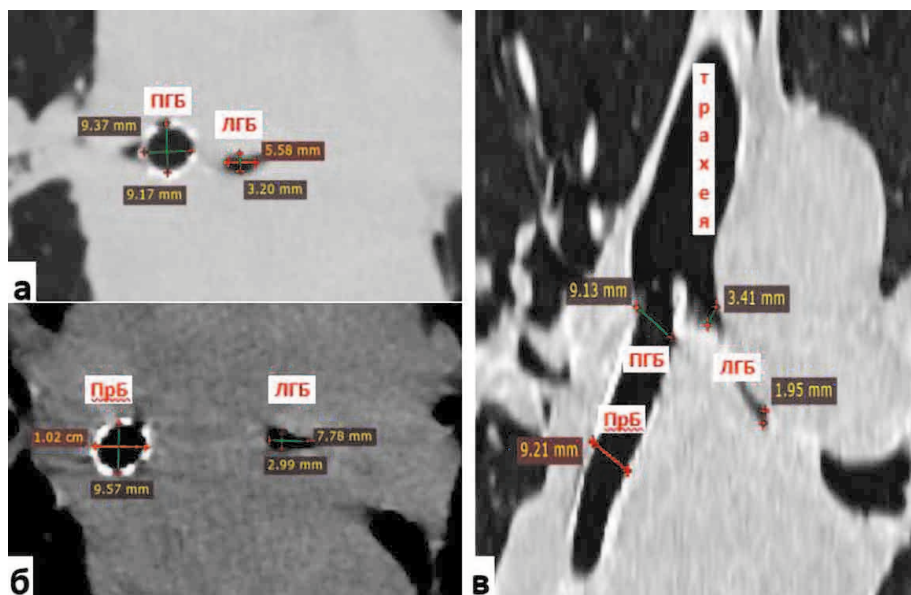


Рис. 2. Компьютерная томография органов грудной полости пациента Б. от 04.05.2020 г. (на 3-и сутки после установки стента в промежуточный и правый главный бронхи).

185 клеток/мл, вирусная нагрузка — $700 \cdot 10^5$ копий/мл. Общий анализ мочи — без особенностей.

На компьютерной томограмме — признаки увеличения медиастинальных лимфоузлов с преимущественным поражением бифуркационной группы, компрессионных стенозов правого и левого главных бронхов на 2/3 просвета (рис. 1).

Фибробронхоскопия от 23.04.2020 г.: компрессионно-воспалительные стенозы 2 степени промежуточного бронха и 3 степени главных бронхов. Эндоскопические признаки микотического поражения трахеобронхиального дерева. Взяты смывы с бронхов на бактериологическое и морфологическое исследования, проведение биопсии невозможно ввиду крайне неудовлетворительной переносимости больным процедуры.

Исследование смывов с бронхов методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) — не обнаружена ДНК микобактерии туберкулеза (МБТ), при люминесцентной микроскопии кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) не выявлены, посев на неспецифическую флору и грибы роста не дал, при цитологическом исследовании — цитограмма неспецифического воспалительного процесса.

Несмотря на проводимую интенсивную консервативную терапию состояние больного прогрессивно ухудшалось за счет нарастания дыхательной недостаточности: частота дыхания в покое 30—32 в 1 мин (с участием

мышц живота и шеи), сатурация крови 88% при неинвазивной вспомогательной (масочной) вентиляции. Принято решение о выполнении по срочным показаниям стентирования правого главного и промежуточного бронхов как первого этапа эндоскопического оперативного вмешательства.

Особенности оперативного вмешательства и послеоперационного периода. В условиях медицинской седации, после аэрозоль-анестезии носоглотки и гортани (2 мл 10% лидокаина) в положении больного «сидя на операционном столе» с валиком под шейей, через левый носовой ход проведен тубус фибробронхоскопа «BF-1T60» («Olympus», Япония). Выполнена инстилляционная анестезия гортани, слизистой трахеи и главных бронхов (8 мл 2% лидокаина). Эндобронхиальная картина соответствует описанию при фибробронхоскопии от 23.04.2020 г.

Через рабочий канал фибробронхоскопа заведена струна-проводник за зону стеноза в правый нижнедолевой бронх, эндоскоп удален с оставлением струны-проводника, по которой в надскладочное пространство заведено доставочное устройство с заранее подобранным саморасправляющимся нитиноловым частично покрытым стентом («Boston Scientific», США). Дальнейший визуальный контроль за продвижением устройства осуществляли

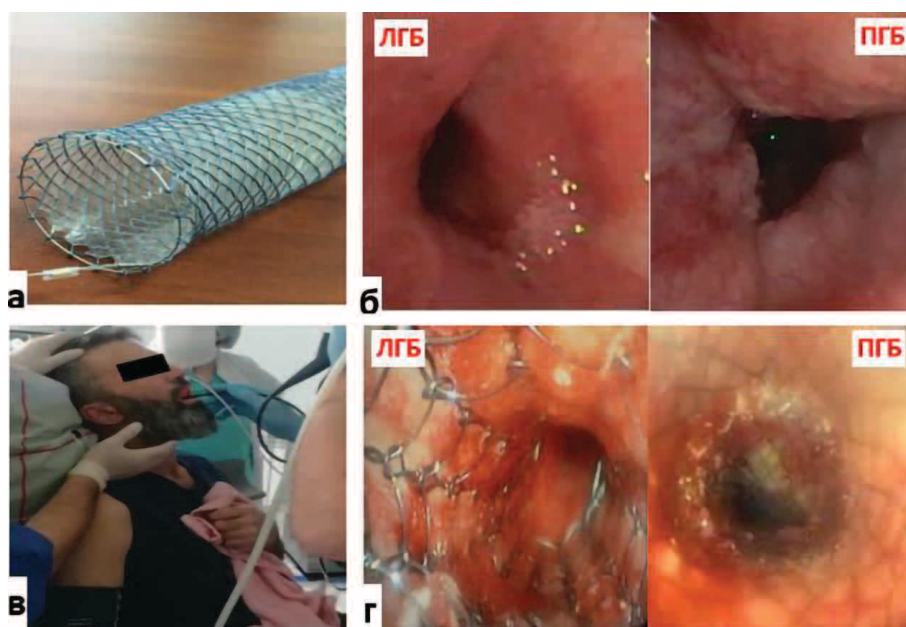


Рис. 3. Этапы операции.

а — бронхиальный стент перед установкой; б — измерение размеров стеноза главных бронхов (эндофото); в — положение больного на операционном столе (фото); г — эндофото, контроль положения и миграции стентов в главных бронхах после их установки).

через фибробронхоскоп (введен в гортань через правый носовой ход). Стент был установлен и раскрыт на уровне компрессионно-обтурационного стеноза промежуточного и правого главного бронхов. Доставочное устройство, фибробронхоскоп и струна-проводник удалены из дыхательных путей.

При оценке состояния больного через 6 ч после операции отмечена положительная динамика в виде снижения частоты дыхания до 22—24 в 1 мин, повышения сатурации крови до 90% при дыхании атмосферным воздухом.

При контрольном рентгенологическом обследовании в послеоперационном периоде зафиксировано увеличение диаметра правого главного бронха на 2—5 мм, промежуточного бронха — на 4—5 мм (рис. 2). При этом отмечено дальнейшее сужение просвета левого главного бронха на 1—2 мм по сравнению с предыдущим эндоскопическим исследованием.

Начиная с 7-х суток послеоперационного периода состояние больного вновь ухудшилось за счет нарастания общей слабости и дыхательной недостаточности. При контрольной фибробронхоскопии: в правом главном бронхе стент раскрыт, для бронхоскопа (тубус 5,9 мм) проходим, просветы средне-

долевого, правого верхне- и нижнедолевого бронхов прослеживаются; просвет левого главного бронха сужен до щелевидного, для бронхоскопа не проходим.

С целью реканализации просвета левого главного бронха решено выполнить его стентирование аналогичным нитиноловым саморасправляющимся стентом. Эндоскопическая операция проведена по опи-

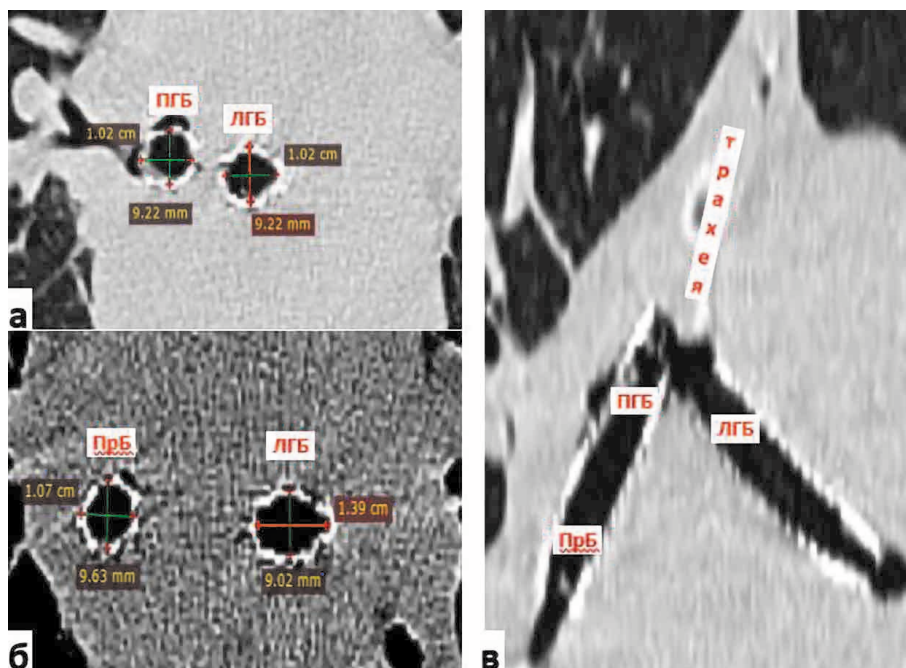


Рис. 4. Компьютерная томография органов грудной полости пациента Б. от 18.05.2020 г. (на 4-е сутки после установки стента в левый главный бронх).

Комплекс диагностических процедур, проведенный пациенту Б. после выполнения этапного стентирования главных бронхов

Процедура	Методы исследования	Результат
Эксцизионная биопсия левых заднешейных лимфоузлов	ПЦР на ДНК МБТ Микроскопия на КУМ Цитологический	Не обнаружено Не выявлено На фоне лимфоидной гиперплазии определяются одно/двух и многоядерные клетки, с наибольшей вероятностью саркоидного типа
	Гистологический	Выраженная фолликулярная гиперплазия, мелкие скопления эпителиоидных клеток без четкого формирования гранулем. Признаки наиболее укладываются в лимфаденопатию, ассоциированную с ВИЧ-инфекцией
Эзофагоскопия	Осмотр	Компрессионный стеноз пищевода 3 степени в среднегрудном отделе. Недостаточность кардии
Бронхоскопия + бронхоальвеолярный лаваж	ПЦР на ДНК МБТ	Не обнаружено
	ПЦР на ДНК <i>Pneumocystis jirovecii</i>	Не обнаружено
	ПЦР на РНК COVID-19	Не обнаружено
	Микроскопия на КУМ Посев на флору Посев на грибковую флору	Не выявлено Рост <i>Klebsiella pneumoniae</i> и <i>St. aureus</i> Рост <i>Candida albicans</i>
Щипцовая (+браш) биопсия слизистой оболочки левого и правого главных бронхов	Цитологический	Цитограмма гиперплазии клеток мерцательного эпителия
	Гистологический	Некротизированная ткань, фрагменты грануляционной ткани с воспалительной инфильтрацией и тромбами в сосудах
Щипцовая биопсия слизистой оболочки бифуркации трахеи	Гистологический	Фрагменты слизистой оболочки с изъязвлением, развитием грануляционной ткани с явлениями альтеративного тромбоваскулита, полиморфноклеточной инфильтрацией, представленной лимфоидными клетками, плазмочитами, клетками с крупными ядрами и неразличимой цитоплазмой
	Иммуногистохимический	Гистологическая картина и иммунный фенотип соответствуют диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфоме
Иглова аспириционная биопсия медиастинальных лимфоузлов	ПЦР на ДНК МБТ	Не обнаружено
	Микроскопия на КУМ	Не выявлено
	Цитологический	Лимфоидные элементы различной степени зрелости, подозрительные в отношении неходжкинской лимфомы

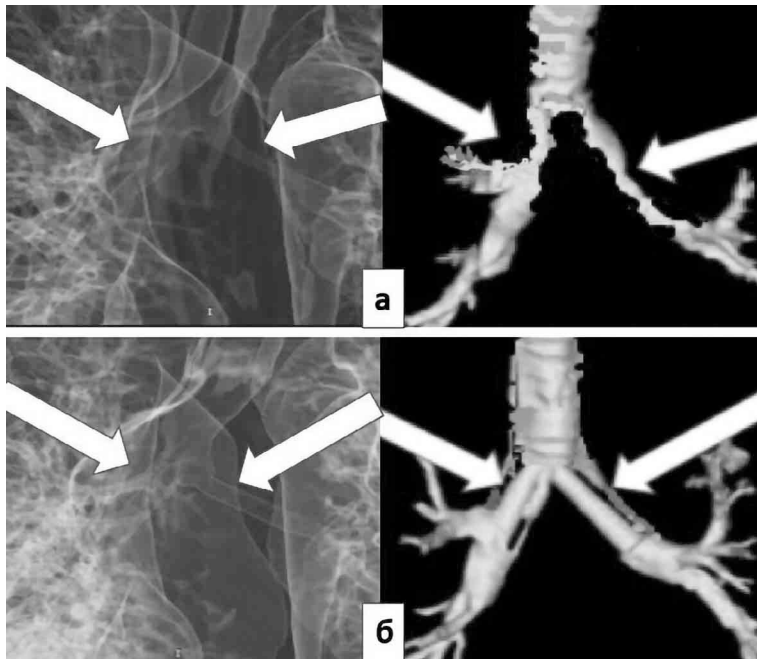


Рис. 5. Постпроцессинговая обработка данных компьютерной томографии органов грудной полости (3D-реконструкция) пациента. *а* — при поступлении в стационар (23.04.2020 г.); *б* — при выписке из стационара (23.05.2020 г.).

санной выше методике (рис. 3), осложнений как во время процедуры, так и в послеоперационном периоде не было.

С целью контроля положения катетера в трахеобронхиальном дереве и исключения его миграции на следующие сутки после хирургического вмешательства выполнена компьютерная томография органов грудной клетки (рис. 4).

После установки стента в левый главный бронх его просвет увеличился на всем протяжении в среднем на 6—8 мм (рис. 4). Просвет правого главного бронха дополнительно увеличился на 1—2 мм за счет полного расправления, ранее установленного в него стента.

Клиническая стабилизация пациента и снижение анестезиологического риска после выполнения этапного стентирования главных бронхов позволили провести пациенту необходимый комплекс диагностических процедур, направленных на уточнение этиологии медиастинальной лимфаденопатии (таблица).

На основании проведенного обследования больному установлен следующий диагноз:

- *основной* — 1) ВИЧ-инфекция 4Б стадии, фаза прогрессирования на фоне антиретровирусной терапии, МКБ-10 (B21.2); 2) диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома, МКБ-10 (C83.3);
- *сопутствующий* — сахарный диабет 2-го типа, течение средней степени тяжести, субкомпенсация. Хронический вирусный гепатит С, минимальная степень цитолитической активности;
- *осложнения основного заболевания* — опухолевые стенозы промежуточного и главных бронхов 3 степени, дыхательная недостаточность

3 степени. Компрессионный стеноз 3 степени среднегрудного отдела пищевода, дисфагия 2—3 степени.

Для дальнейшего лечения больной в состоянии средней тяжести переведен в онкологический диспансер, в настоящий момент получает этиотропное лечение с положительной динамикой. При уменьшении бифуркационной группы лимфоузлов средостения в размерах и снижении перибронхиальной компрессии планируется этапное удаление эндобронхиальных стентов.

На рис. 5 представлена рентгенологическая динамика изменений бронхиального дерева за период пребывания пациента в лечебном учреждении.

Выводы

Персонифицированный комплексный подход к лечению пациента с критической обструкцией дыхательных путей и отягощенным коморбидным фоном позволил добиться клинической стабилизации больного, что предоставило возможность провести необходимый ряд диагностических процедур, направленных на верификацию основного заболевания.

Представленное клиническое наблюдение, на наш взгляд, доказывает возможность и эффективность этапного стентирования главных бронхов у больных с нарастающей обструкцией дыхательных путей неизвестной этиологии, а подобный лечебно-диагностический алгоритм может быть рекомендован к применению в лечебных учреждениях, имеющих профильные стационары.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Мосин И. В., Герасин В. А., Нагирняк Д. В., Иванов А. Т., Левашов Ю. Н. Хирургическое лечение рубцовых стенозов трахеи. *Материалы 3-й Московской международной конференции по торакальной хирургии*. М., 2005. С. 78—80.
2. Перельман М. И., Бирюков Ю. В., Гудовский Л. М., Королева Н. С., Паршин В. Д. Хирургия трахеи и бронхов. *Анналы хирургии*. 2001;(1):30—5.
3. Актуальные проблемы современной пульмонологии. Тромбоэмболия легочной артерии, рак легкого, абсцесс легкого: учебно-методическое пособие под ред. Зица В. Р., Зица С. В. М.: Человек; 2010: 970 с.
4. Акопов А. Л., Черный С. М. Неотложная пульмонология. М.: LAP Lambert Academic Publishing; 2013: 300 с.
5. Петровский Б. В., Перельман М. И., Королева Н. С. Трахеобронхиальная хирургия. М.: Медицина; 1978: 294 с.
6. Королева Н. С., Самохин А. Я., Жаворонков Н. А. Хирургия трахеи и бронхов. *Торакальная хирургия*. 1993. С. 58—61.
7. Русаков М. А., Паршин В. Д., Кочнева З. В. Эндоскопическое эндопротезирование при рубцовых стенозах трахеи. *Эндоскопическое протезирование. Симпозиум*. М., 2006. С. 21—32.
8. Шафировский Б. Б. Диагностика и бронхоскопическое хирургическое лечение рубцовых и опухолевых стенозов трахеи и крупных бронхов: дис. ... докт. мед. наук. СПб., 1995. 277 с.
9. Рахманова А. Г., Белоусов Ю. Б., Гуревич К. Г., Леонова М. В., Фабрикант Е. Г. Основы антиретровирусной терапии. Методические рекомендации. М., 2006. 138 с.
10. Сердюков А. Г., Мазлова А. И. Оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным больным. *Заместитель главного врача*. 2007;(11):125—43.

11. Овчинников А. А., Середин Р. В. Эндостентирование в лечении опухолевых и рубцовых стенозов трахеи и главных бронхов // *Эндоскопическое протезирование. Симпозиум*. М., 2006. С. 12—21.
12. Grillo H. C. Stents and sense. *Ann. Thorac. Surg.* 2000;70(4):1142. doi: 10.1016/s0003-4975(00)01796-3
13. Hautmann H., Bauer M., Pfiefer K. J., Huber R. M. Flexible bronchoscopy: a safe method for metal stentimplantation in bronchial disease. *Ann. Thorac. Surg.* 2000;69(2):398—40. doi: 10.1016/s0003-4975(99)01398-3
14. Sabanchieva Zh.H., Samorodov N. A. et al. Medical alertness in the treatment of patients with pulmonary tuberculosis without bacteriological and histological confirmation of the diagnosis. *J. Pharm. Research.* 2019;11(3).
15. Dumon J. F., Cavaliere S., Diaz-Jimenex J. P., Vergnon J. M. Seven-year experience with the Dumon prosthesis. *J. Bronchol.* 1996;3:6—10.

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Mosin I. V., Gerasin V. A., Nagirnyak D. V., Ivanov A. T., Levashov Yu. N. Surgical treatment of cicatricial tracheal stenosis. *Materials of the 3rd Moscow International Conference on Thoracic Surgery [Materialy 3 Moskovskoy mezhdunarodnoy konferentsii po torakal'noy khirurgii]*. Moscow, 2005. P. 78—80 (in Russian).
2. Pereľman M. I., Biryukov Yu. V., Gudovskiy L. M., Koroleva N. S., Parshin V. D. Surgery of the trachea and bronchi. *Annaly khirurgii.* 2001;(1):30—5 (in Russian).
3. Actual problems of modern pulmonology. Pulmonary embolism, lung cancer, lung abscess: teaching aid, eds. Zitsa V. R., Zitsa S. V. [Aktual'nyye problemy sovremennoy pul'monologii. Tromboemboliya legochnoy arterii, rak legkogo, abstsess legkogo: uchebno-metodicheskoye posobiye pod red. Zitsa V. R., Zitsa S. V.]. Moscow: Person, 2010: 970 p. (in Russian).
4. Akopov A. L., Chernyy S. M. Emergency pulmonology [Neotlozhnaya pul'monologiya]. Moscow: LAP Lambert Academic Publishing; 2013: 300 p. (in Russian).
5. Petrovskiy B. V., Pereľman M. I., Koroleva N. S. Tracheobronchial surgery [Trakheobronkhial'naya khirurgiya]. Moscow: Medicine; 1978: 294 p. (in Russian).
6. Koroleva N. S., Samokhin A. Ya., Zhavoronkov N. A. Surgery of the trachea and bronchi. *Torakal'naya khirurgiya.* 1993. P. 58—61 (in Russian).
7. Rusakov M. A., Parshin V. D., Kochneva Z. V. Endoscopic aarthroplasty in cicatricial tracheal stenosis. *Endoscopic prosthetics. Symposium [Endoskopicheskoye endoprotezirovaniye pri rubtsovykh stenozakh trakhei. «Endoskopicheskoye protezirovaniye». Simpozium]*. Moscow, 2006. P. 21—32 (in Russian).
8. Shafirovskiy B. B. Diagnostics and bronchoscopic surgical treatment of cicatricial and tumor stenosis of the trachea and large bronchi: Doct. thesis [Diagnostika i bronkhoskopicheskoye khirurgicheskoye lecheniye rubtsovykh i opukholevykh stenozov trakhei i krupnykh bronkhov: dis. ... dokt. med. nauk]. Saint Petersburg, 1995: 277 p. (in Russian).
9. Rakhmanova A. G., Belousov Yu. B., Gurevich K. G., Leonova M. V., Fabrikant E. G. Fundamentals of antiretroviral therapy. Guidelines [Osnovy antiretrovirusnoy terapii. Metodicheskiye rekomendatsii]. Moscow, 2006: 138 p. (in Russian).
10. Serdyukov A. G., Mazlova A. I. Provision of medical care to HIV-infected patients. *Zamestitel' glavnogo vracha.* 2007;(11):125—43. (in Russian).
11. Ovchinnikov A. A., Seredin R. V. Endostenting in the treatment of tumor and cicatricial stenosis of the trachea and main bronchi. "Endoscopic prosthetics". Symposium [Endostentirovaniye v lechenii opukholevykh i rubtsovykh stenozov trakhei i glavnykh bronkhov. «Endoskopicheskoye protezirovaniye». Simpozium]. Moscow, 2006. P. 12—21 (in Russian).
12. Grillo H. C. Stents and sense. *Ann. Thorac. Surg.* 2000;70(4):1142. doi: 10.1016/s0003-4975(00)01796-3
13. Hautmann H., Bauer M., Pfiefer K. J., Huber R. M. Flexible bronchoscopy: a safe method for metal stentimplantation in bronchial disease. *Ann. Thorac. Surg.* 2000;69(2):398—40. doi: 10.1016/s0003-4975(99)01398-3
14. Sabanchieva Zh.H., Samorodov N. A. et al. Medical alertness in the treatment of patients with pulmonary tuberculosis without bacteriological and histological confirmation of the diagnosis. *J. Pharm. Research.* 2019;11(3).
15. Dumon J. F., Cavaliere S., Diaz-Jimenex J. P., Vergnon J. M. Seven-year experience with the Dumon prosthesis. *J. Bronchol.* 1996;3:6—10.

Бонкало Т. И.¹, Полякова О. Б.^{2,3}**ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ИСТОЩЕНИЕ КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**¹ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;²ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», 129226, г. Москва;³АНО ВО «Открытый гуманитарно-экономический университет», 109147, г. Москва

Цель исследования — выявить взаимосвязь невротических состояний и уровня невротизации медицинских работников с показателями их эмоционального истощения.

Для выявления эмоционального истощения использовали опросник на выгорание Maslach Burnout Inventory и его модификацию, опросник эмоционального выгорания. Диагностику уровня невротизации проводили с помощью клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний, симптоматического опросника. Для статистической обработки использовали критерий корреляции Пирсона и таблицу Чеддока для определения тесноты (силы) связи корреляции.

Из 6830 опрошенных медицинских работников у 1012 выявлено выраженное эмоциональное истощение. У медицинских работников с выше среднего уровня тенденцией к высокому уровню эмоционального истощения и эмоционального выгорания доминируют напряжение, переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, загнанность в клетку, тревога и депрессия, которые детерминируют выше среднего уровень тревоги, астении, беспокойства, напряжения, неврастенических расстройств, ипохондрических расстройств, психастенических нарушений. Специфика невротизации медицинских работников с эмоциональным истощением затрагивает, прежде всего, эмоционально-волевую сферу, что дает основание рекомендовать медицинским работникам систематическую диагностику и профилактику эмоционального истощения как составляющую профессиональных деформаций медицинских работников.

К л ю ч е в ы е с л о в а : астения; медицинские работники; неврастения; невротизация; профессиональные деформации.

Для цитирования: Бонкало Т. И., Полякова О. Б. Эмоциональное истощение как фактор возникновения и развития невротических состояний медицинских работников. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1208—1214. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1208-1214>

Для корреспонденции: Бонкало Татьяна Ивановна, д-р психол. наук, начальник отдела ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ»; e-mail: bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru

Boncalo T. I.¹, Polyakova O. B.^{2,3}**EMOTIONAL EXHAUST AS A FACTOR OF THE ORIGIN AND DEVELOPMENT OF NEUROTIC CONDITIONS OF MEDICAL WORKERS**¹State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115088, Moscow, Russian Federation;²Russian State Social University, 129226, Moscow, Russian Federation;³Open Humanitarian and Economic University, 109147, Moscow, Russian Federation

The purpose of the study is to determine the specifics of neurotization of medical workers with emotional exhaust. Out of 6,830 medical workers surveyed, 1,012 were selected with severe emotional exhaust in order to further determine their specificity of neurotization. Used: Maslach Burnout Inventory questionnaire (MBI), modification of Maslach Burnout Inventory questionnaire (mod MBI), burnout questionnaire (BQ), neurotic level diagnosis technique (NLDT), clinical questionnaire for identifying and evaluating neurotic conditions (CQIENC), symptomatic questionnaire (SQ). Mathematical and statistical processing included descriptive statistics, C. Pearson's correlation criterion, and Cheddock's table for determining the tightness (strength) of correlation (weak — <0.3, moderate — 0.3—0.5, noticeable — 0.5—0.7, high — 0.7—0.9, very high — >0.9).

Medical professionals with a higher than average level with a tendency to a high level of emotional exhaust (51.64) and emotional burnout (270.14) are dominated by stress (109.17), experience of traumatic circumstances (28.65), dissatisfaction with oneself (26.05), driving into a cell (29.10), anxiety and depression (25.37), which determine above the average level of anxiety (4.35, high connection 0.80), asthenia (4.20, high connection 0.74), anxiety, tension (51.57, high connection 0.76), neurotic disorders (40.28, high 0.74), hypochondriacal disorders (29.04, high connection 0.74), psychastenic disorders (37.53, 0.76 high connection). The specifics of neurotization of medical workers with emotional exhaust affects, first of all, the emotional-volitional sphere, which gives grounds to recommend medical workers a systematic diagnosis and prevention of emotional exhaust as a component of professional deformations of medical workers.

К е y o r d s : asthenia; medical workers; neurasthenia; neurotization; professional deformities.

For citation: Boncalo T. I., Polyakova O. B. Emotional exhaust as a factor of the origin and development of neurotic conditions of medical workers. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1208—1214 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1208-1214>

For correspondence: Bonkalo Tatyana Ivanovna, Doctor of Psychology, Head of the Department of the Research Institute of Ozmm DZM, e-mail: Bonkalotatyanaivanovna@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Введение

Переживание медицинскими работниками (МР) наличия у себя профессиональных деформаций (эмоционального и/или физического истощения, психоэмоционального истощения, деперсонализации, личностного отдаления, редукции личных достижений и профессиональной мотивации), вызванных множеством стрессогенных условий профессиональной деятельности [1, 2], может приводить к возникновению:

- симптомов профессионального стресса (ухудшение самочувствия, эмоциональные сдвиги, особенности отдельных психических процессов, снижение общей активности, ощущение усталости, соматовегетативные нарушения, нарушения цикла «сон—бодрствование», особенности социального взаимодействия, снижение мотивации к деятельности) [3, 4];
- психосоматизации (боли в различных частях тела или ревматический фактор, давление (интенсивность) жалоб, жалобы на деятельность дыхательной, опорно-двигательной, пищеварительной (желудочные жалобы), сердечно-сосудистой (сердечные жалобы) систем, жалобы на негативные кожные реакции) [5, 6];
- невротизации (тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические и вегетативные нарушения, страхи и фобии, депрессивные расстройства, беспокойство и напряжение, нарушения сна, истерические, неврастенические, сексуальные и ипохондрические расстройства, дереализация, навязчивости, трудности в социальных контактах, психастенические и соматические нарушения) [7, 8].

Цель исследования — определить специфику невротизации МР с эмоциональным истощением.

Материалы и методы

Проведен опрос 6830 МР с целью дальнейшего определения у них специфики невротизации.

Эмоциональное истощение у МР выявляли с помощью опросника на выгорание Maslach Burnout Inventory (МБИ) [9, 10] и его модификации (mod МБИ) [9, 11] в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой с целью установления наличия такой составляющей профессиональных деформаций, как эмоциональное истощение (ЭИ).

Кроме того использовали опросник эмоционального выгорания (ОЭВ) [12] в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой с целью установления наличия:

- 1) напряжения (Н) и его симптомов:
 - переживания психотравмирующих обстоятельств (ППО);
 - неудовлетворенности собой (НС);
 - «загнанности в клетку» (ЗК);
 - тревоги и депрессии (ТД);
- 2) резистенции (Р) и ее симптомов:
 - неадекватного избирательного эмоционального реагирования (НИЭР);

- эмоционально-нравственной дезориентации (ЭНД);
- расширения сферы экономии эмоций (РСЭЭ);
- редукции профессиональных обязанностей (РПО);

3) истощения (И) и его симптомов:

- эмоционального дефицита (ЭД);
- эмоциональной отстраненности (ЭО);
- личностной отстраненности (деперсонализации) (ЛОД);
- психосоматических и психовегетативных нарушений (ППН);

4) эмоционального выгорания (ΣЭВ).

Определение специфики невротизации МР с эмоциональным истощением проводилось с применением (в модификации интерпретации результатов О. Б. Поляковой):

1) методики диагностики уровня невротизации (МДУН) [13] с целью определения уровня личностной невротизации (ЛН);

2) клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний (КОВОНС) [14] с целью установления выраженности:

- тревоги (ШТ);
- невротической депрессии (ШНД);
- астении (ША);
- истерического типа реагирования (ШИТР);
- обсессивно-фобических нарушений (ШОФН);
- вегетативных нарушений (ШВН);

3) симптоматического опросника (СО) [15] с целью диагностирования:

- страхов, фобий (СФ);
- депрессивных расстройств (ДР);
- беспокойства, напряжения (БН);
- нарушения сна (НС);
- истерических расстройств (ИСР);
- неврастенических расстройств (НР);
- сексуальных расстройств (СР);
- дереализации (Д);
- навязчивостей (Н);
- трудностей в социальных контактах (ТСК);
- ипохондрических расстройств (ИПР);
- психастенических нарушений (ПН);
- соматических нарушений (СН);
- невротического синдрома (ΣНС).

Математико-статистическая обработка включала использование критерия корреляции Пирсона и таблицы Чеддока для определения тесноты (силы) связи корреляции (слабая — <0,3, умеренная — 0,3—0,5, заметная — 0,5—0,7, высокая — 0,7—0,9, весьма высокая — >0,9).

Результаты

Из числа опрошенных были отобраны 1012 человека с выраженным эмоциональным истощением (табл. 1).

У МР выявлен выше среднего уровень с тенденцией к высокому уровню эмоционального истощения (51,27 и 52,01 соответственно, высокий уровень или эмоционального выгорания (270,14, уровень вы-

Т а б л и ц а 1

Показатели уровней выраженности эмоционального истощения и невротизации МР

Методики и их компоненты	Выраженность, баллы										
	низкая		ниже среднего уровня		средняя		выше среднего уровня		высокая		
	от	до	от	до	от	до	от	до	от	до	
МВИ, mod МВИ											
ЭИ	0	11	12	22	23	31	32	42	43	54	
ОЭВ											
Н											
ППО, НС, ЗК, ТД	0	6	7	12	13	18	19	24	25	30	
ΣН	0	24	25	48	49	72	73	96	97	120	
Р											
НИЭР, ЭНД, РСЭЭ, РПО	0	6	7	12	13	18	19	24	25	30	
ΣР	0	24	25	48	49	72	73	96	97	120	
И											
ЭД, ЭО, ЛОД, ППН	0	6	7	12	13	18	19	24	25	30	
ΣИ	0	24	25	48	49	72	73	96	97	120	
ΣЭВ	0	72	73	144	145	215	216	287	288	360	
МДУН											
ЛН	0	8	9	16	17	24	25	32	33	40	
КОВОНС											
ШТ, ШНД, ША, ШИТР, ШОФН, ШВН											
стены	1	2	3	4	5						
баллы	>+1,28		+1,28	+0,43	+0,42	-0,42	-0,43	-1,28		<-1,28	
СО											
СФ	0	18	19	38	39	58	59	78	79	98	
ДР, ИсР, СР, ПН	0	9	10	19	20	29	30	39	40	49	
БН	0	14	15	28	29	42	43	56	57	70	
НС, ТСК	0	7	8	14	15	21	22	28	29	35	
НР, Д, Н	0	10	11	22	23	33	34	45	46	56	
ИпР	0	8	9	16	17	25	26	33	34	42	
СН	0	64	65	129	130	194	195	258	259	322	
ΣНС	0	192	193	386	387	579	580	773	774	966	

ше среднего), что характеризуется следующими показателями:

1. Высоким уровнем выраженности напряжения (109,17) и его симптомов:

- переживания психотравмирующих обстоятельств (28,65);
- неудовлетворенности собой (26,05);
- «загнанности в клетку» (29,10);
- тревоги и депрессии (25,37).

У МР наблюдаются:

- агрессивные проявления при общении с коллегами, пациентами и клиентами;
- безысходность при столкновении с трудностями в работе;
- беспокойство по поводу предстоящей работы;
- восприятие производственной обстановки как сложной;
- интеллектуально-эмоциональный затор;
- концентрация на своих профессиональных неудачах;
- личностная тревожность;
- напряжение при решении нескольких профессиональных задач одновременно;
- невозможность сопротивляться психотравмирующим обстоятельствам на работе;
- негодование при трудностях общения с коллегами, пациентами и клиентами;
- недовольство своими производственными успехами;
- нервозность, вызванная неудовлетворенностью результатами работы;

- неудовлетворенность рабочими межличностными контактами;
- отчаяние при невозможности быстро принять решение;
- ощущение тупика;
- потеря покоя из-за работы;
- профессиональный стресс;
- психологическая защита, чаще всего в форме дистанцирования;
- психологические перегрузки;
- раздражение многими условиями работы;
- разочарование в себе как специалисте;
- ситуативная тревожность;
- усиление осознания психотравмирующих факторов профессиональной деятельности;
- физические перегрузки;
- эмоциональная ригидность;
- эмоциональные переживания из-за работы.

2. Выше среднего уровнем выраженности резистентности (87,92) и ее симптомов:

- неадекватного избирательного эмоционального реагирования (23,46);
- эмоционально-нравственной дезориентации (19,89);
- расширения сферы экономии эмоций (23,02);
- редукции профессиональных обязанностей (21,55).

У МР диагностированы:

- вербальная защита в стрессогенных производственных условиях;
- влияние негативных мыслей и эмоций на результаты работы;

- деление окружающих на хороших и плохих;
- желание скинуть с себя часть профессиональных обязанностей;
- неадекватная экономия на эмоциях при общении с коллегами, пациентами и клиентами;
- невозможность освободиться от отрицательных эмоций и повлиять на свое плохое настроение при межличностных контактах;
- нежелание заниматься домашними делами;
- неучтивость к собеседникам;
- ограничение времени общения с родными людьми и неприятными партнерами;
- психологическая защита своей стратегии отношения к коллегам, пациентам и клиентам;
- равнодушие к некоторым производственным задачам;
- ситуативное бескультурье в рабочих контактах;
- ограничение эмоциональной отдачи и руководство личными предпочтениями в производственном общении;
- стремление к самооправданию;
- усталость от контактов;
- уход от общения после работы;
- эмоциональная черствость по отношению к трудным пациентам и клиентам;
- эмоциональное неприятие происходящего на работе.

3. Средним уровнем с тенденцией к высокому уровню выраженности истощения (73,05) и его симптомов:

- эмоционального дефицита (21,85, уровень выше среднего);
- эмоциональной отстраненности (17,89, средний уровень);
- личностной отстраненности (деперсонализации) (14,03, средний уровень);
- психосоматических и психовегетативных нарушений (19,28, уровень выше среднего).

У МР выявлены:

- выполнение работы автоматически;
- желание уединиться;
- игнорирование просьб окружающих;
- невнимательность к партнерам;
- невозможность полной эмоциональной отдачи, требуемой профессиональным долгом;
- негативное реагирование на обоснованные претензии окружающих;
- нервозность при частых контактах с коллегами, пациентами и клиентами;
- ограничение эмоциональной отзывчивости;
- осознание, что нервы подводят;
- ощущение недомоганий после работы и нехватки признательности от окружающих;
- переживания за работу;
- повышение артериального давления;
- покалывание в области сердца;
- потеря живого интереса к происходящему вокруг;
- преобладание плохого настроения;
- притупление эмоций и чувств;

- психологическая защита в форме выставления экрана от чужих страданий;
- раздражение даже в обычных ситуациях общения на работе;
- разочарование в работе с людьми;
- сбой в режиме «сон—бодрствование»;
- ситуативные головные боли;
- стремление принять успокоительные средства, сторониться людей и сэкономить силы и здоровье;
- усталость от выслушивания проблем на работе;
- ухудшение психического и физического самочувствия.

У МР с эмоциональным истощением выявлен средний уровень невротизации: личностной невротизации (30,57, уровень выше среднего) или невротического синдрома (340,05, уровень ниже среднего), что характеризуется:

1. Выше среднего уровнем выраженности тревоги (4,35), астении (4,20), беспокойства, напряжения (51,57), неврастенических расстройств (40,28), ипохондрических расстройств (29,04), психастенических нарушений (37,53).

МР с эмоциональным истощением свойственны:

- апатия;
- беспокойные движения рук и ног;
- беспомощность;
- блуждающие боли;
- быстрая беспричинная смена настроения;
- внутреннее напряжение;
- вспыльчивость;
- гнев;
- длительные колебания при принятии решений;
- желание больше отдыхать;
- забывчивость;
- замедленность движений;
- затрудненность мышления;
- злость;
- злоупотребление спиртными напитками;
- концентрация на телесных функциях;
- невнимательность;
- невозможность усидеть на месте;
- непоседливость;
- нервозность в условиях ожидания;
- несамостоятельность;
- нетерпеливость;
- неуверенность в себе;
- обидчивость;
- ощущение больших усилий при выполнении прежних профессиональных обязанностей;
- повышенная утомляемость и чувствительность к громким звукам, яркому свету и резким запахам;
- потеря сообразительности;
- раздражительность;
- ранимость;
- рассеянность;
- ситуативное беспокойство по мелочам;
- скованность и неуверенность в некоторых ситуациях общения;
- слабость после пробуждения;

- снижение быстроты мышления;
- суетливость;
- трудности в сдерживании слез и с засыпанием из-за беспричинной тревоги;
- тяжелые сны на производственные темы;
- усталость даже после длительного сна;
- ухудшение концентрации внимания и памяти;
- хаотичность движений;
- чувство бунта, протеста.

2. Средним уровнем выраженности обсессивно-фобических нарушений (2,98), вегетативных нарушений (3,10), страхов, фобий (43,89), нарушения сна (20,06), навязчивостей (30,51), трудностей в социальных контактах (20,35), соматических нарушений (169,82).

Для МР с эмоциональным истощением характерны:

- аллергические недомогания;
- беспокойные навязчивые воспоминания о работе;
- беспричинная тревога;
- бессонница;
- вздутие живота;
- волнения о возможной неудаче при оказании помощи;
- головные боли;
- головокружение;
- длительные колебания при принятии решений;
- дрожь в мышцах конечностей;
- жжение в пищеводе, изжога;
- запоры;
- звон в ушах;
- зуд кожи или сыпь при переживаниях;
- многократная проверка сделанного, выполненного;
- навязчивые сомнения в принятых решениях;
- нарушение равновесия;
- неприятные ощущения в области желудка и сердца;
- отсутствие аппетита;
- периодические нарушения зрения и слуха;
- поверхностность и беспокойность сна;
- повышенная потливость;
- покалывание и онемение в конечностях;
- поносы;
- потеря чувствительности кожи;
- потребность в одиночестве;
- приливы крови к голове;
- приступы голода и учащенного сердцебиения;
- пульсация крови в сосудах при волнении;
- рябь в глазах;
- сильное чувство голода в стрессогенных условиях;
- ситуативное возвращение навязчивых мыслей о работе;
- совершение машинальных действий, например, переключивание документов, открывание ящиков, потирание рук;
- сонливость;
- судороги в мышцах;
- сухость во рту;

- сыпь;
- трудности с засыпанием и пробуждением;
- уменьшение аппетита;
- ухудшение самочувствие при увеличении объемов работы и погодных изменениях;
- учащенное мочеиспускание;
- учащенное сердцебиение;
- частое пробуждение ночью;
- чрезмерная жажда;
- чувство кома в горле;
- чувство одиночества.

3. Ниже среднего уровнем выраженности невротической депрессии (2,43), истерического типа реагирования (2,39), депрессивных расстройств (17,85), истерических расстройств (14,35), сексуальных расстройств (13,25), дереализации (21,37).

У МР редко обнаруживаются безразличие, вялость, желание побыть одному, малая интенсивность переживаний, медлительность, неприязнь окружающих, нехватка воздуха, обидчивость, чувство одиночества и сдавливания в груди, ощущение кома в горле, пассивность, пессимизм, печаль, подавленность, потеря веры в свои силы, самообвинение, слезливость, угнетенность, чувство вины, чуждость собственного тела.

Математико-статистическая обработка дала возможность установить (табл. 2):

1) высокую связь между эмоциональным истощением, переживанием психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенностью собой, «загнанностью в клетку», тревогой и депрессией, напряжением и личностной невротизацией (0,79), тревогой (0,80), астенией (0,74), беспокойством, напряжением (0,76), неврастеническими расстройствами (0,74), ипохондрическими расстройствами (0,74), психастеническими нарушениями (0,76);

2) заметную связь между неадекватным избирательным эмоциональным реагированием, эмоционально-нравственной дезориентацией, расширением сферы экономии эмоций, редуциацией профессиональных обязанностей, резистенцией, эмоциональным дефицитом, психосоматическими и психовегетативными нарушениями, эмоциональным выгоранием и личностной невротизацией (0,61), тревогой (0,61), астенией (0,62), беспокойством, напряжением (0,62), неврастеническими расстройствами (0,60), ипохондрическими расстройствами (0,62), психастеническими нарушениями (0,63);

3) умеренную связь:

- между эмоциональной отстраненностью, личностной отстраненностью (деперсонализацией), истощением и личностной невротизацией (0,40), тревогой (0,43), астенией (0,43), беспокойством, напряжением (0,41), неврастеническими расстройствами (0,43), ипохондрическими расстройствами (0,42), психастеническими нарушениями (0,45);
- между эмоциональным истощением, переживанием психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенностью собой, загнанностью в клетку, тревогой и депрессией, напряжением и

Таблица 2

Показатели связи компонентов эмоционального истощения и невротической симптоматики МР

Методики и их компоненты	MBI	mod MBI	ОЭВ																ΣЭВ
			Н						Р					И					
			ЭИ	ЭИ	ППО	НС	ЗК	ТД	ΣН	НИЭР	ЭНД	РСЭЭ	РПО	ΣР	ЭД	ЭО	ЛОД	ППН	
МДУН																			
ЛН	0,79	0,83	0,72	0,80	0,85	0,79	0,79	0,60	0,63	0,58	0,61	0,61	0,58	0,35	0,37	0,64	0,49	0,63	
КОВОНС																			
ШТ	0,68	0,74	0,83	0,77	0,86	0,82	0,82	0,58	0,60	0,59	0,65	0,61	0,60	0,40	0,38	0,60	0,50	0,64	
ШНД	0,29	0,27	0,19	0,14	0,16	0,17	0,17	0,12	0,10	0,12	0,16	0,13	0,19	0,15	0,17	0,13	0,16	0,15	
ША	0,69	0,73	0,67	0,72	0,78	0,80	0,74	0,59	0,61	0,64	0,67	0,63	0,59	0,39	0,41	0,59	0,50	0,62	
ШИТР	0,28	0,25	0,13	0,18	0,15	0,18	0,16	0,12	0,17	0,15	0,15	0,15	0,10	0,14	0,13	0,16	0,13	0,15	
ШОФН	0,49	0,50	0,46	0,42	0,39	0,40	0,42	0,28	0,26	0,21	0,25	0,25	0,27	0,18	0,18	0,28	0,23	0,30	
ШВН	0,50	0,48	0,39	0,41	0,38	0,47	0,41	0,24	0,28	0,23	0,23	0,25	0,25	0,14	0,12	0,23	0,19	0,28	
СО																			
СФ	0,46	0,45	0,39	0,44	0,50	0,48	0,45	0,23	0,21	0,26	0,24	0,24	0,21	0,18	0,15	0,22	0,19	0,29	
ДР	0,29	0,25	0,14	0,17	0,10	0,13	0,14	0,17	0,19	0,15	0,17	0,17	0,13	0,10	0,15	0,15	0,13	0,15	
ВН	0,69	0,68	0,75	0,71	0,86	0,75	0,77	0,60	0,65	0,59	0,63	0,62	0,62	0,38	0,36	0,62	0,50	0,63	
НС	0,50	0,47	0,41	0,40	0,47	0,38	0,42	0,25	0,23	0,28	0,28	0,26	0,24	0,14	0,13	0,23	0,19	0,29	
ИсР	0,27	0,29	0,17	0,17	0,13	0,18	0,16	0,10	0,15	0,11	0,10	0,12	0,16	0,16	0,18	0,13	0,16	0,15	
НР	0,75	0,71	0,69	0,74	0,79	0,72	0,74	0,63	0,61	0,58	0,60	0,61	0,59	0,41	0,39	0,58	0,49	0,61	
СР	0,24	0,27	0,20	0,18	0,13	0,11	0,16	0,18	0,14	0,13	0,14	0,15	0,12	0,17	0,12	0,15	0,14	0,15	
Д	0,25	0,25	0,13	0,12	0,15	0,10	0,13	0,16	0,18	0,13	0,17	0,16	0,13	0,19	0,16	0,13	0,15	0,15	
Н	0,47	0,50	0,42	0,39	0,36	0,42	0,40	0,25	0,24	0,25	0,21	0,24	0,23	0,13	0,16	0,26	0,20	0,28	
ТСК	0,50	0,48	0,38	0,40	0,46	0,45	0,43	0,27	0,25	0,21	0,26	0,25	0,20	0,27	0,23	0,24	0,24	0,31	
ИлР	0,70	0,71	0,68	0,75	0,80	0,73	0,74	0,60	0,58	0,65	0,67	0,63	0,63	0,36	0,39	0,61	0,50	0,62	
ПН	0,73	0,75	0,78	0,73	0,81	0,76	0,77	0,64	0,57	0,68	0,59	0,62	0,65	0,40	0,43	0,64	0,53	0,64	
СН	0,50	0,47	0,43	0,40	0,48	0,45	0,44	0,26	0,25	0,28	0,25	0,26	0,24	0,14	0,16	0,24	0,20	0,30	
ΣНС	0,24	0,27	0,14	0,18	0,19	0,18	0,17	0,15	0,11	0,14	0,17	0,14	0,11	0,16	0,15	0,17	0,15	0,15	

Примечание. Корреляционная связь является статистически значимой ($p < 0,01$).

обсессивно-фобическими нарушениями (0,44), вегетативными нарушениями (0,43), страхами, фобиями (0,45), нарушением сна (0,44), навязчивостями (0,42), трудностями в социальных контактах (0,44), соматическими нарушениями (0,45).

Обсуждение

Результаты исследования специфики невротизации МР с эмоциональным истощением коррелируют с выявлением особенностей синдрома эмоционального выгорания МР государственных и частных медицинских учреждений [16], нивелированием внешних и внутренних факторов эмоционального истощения и невротизации с целью профилактики ассоциальных форм поведения [17], описанием диагностики и профилактики профессиональной деформации и синдрома эмоционального выгорания специалистов амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения [18], определением особенностей профилактики и коррекции эмоционального выгорания МР [19], установлением взаимосвязи факторов эмоционального поведения личности и риска возникновения эмоционального выгорания МР [20].

Заключение

Таким образом, у МР с выше среднего уровнем тенденцией к высокому уровню эмоционального истощения и эмоционального выгорания доминируют напряжение, переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, загнанность в клетку, тревога и депрессия, которые детерминируют выше среднего уровень тревоги, астении,

беспокойства, напряжения, неврастенических и ипохондрических расстройств, психастенических нарушений. Следовательно, специфика невротизации МР с эмоциональным истощением затрагивает, прежде всего, эмоционально-волевую сферу, что дает основание рекомендовать МР систематическую диагностику и профилактику эмоционального истощения как составляющей профессиональных деформаций.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Дробышевская Е. В. Профессиональная деформация как компонент профессионализации личности медицинских работников. *Научные труды Республиканского института высшей школы*. 2018;(18—2):118—25.
2. Jafar Zade D. A., Senkevich L. V., Polyakova O. B., Basimov M. M., Strelkov V. I., Tarasov M. V. Features of professional deformation (burnout) of medical workers depending on working conditions. *Prensa Medica Argentina*. 2019;105(1):1000334.
3. Шевчук В. В., Кашкина Н. В., Высотин С. А., Сайфитова А. Т. Синдром хронической усталости и профессиональная деформация врача. *Международный студенческий научный вестник*. 2018;(5):36—42.
4. Elshansky S P., Anufriev A. F., Polyakova O B., Semenov D. V. Positive personal qualities and depression. *Prensa Medica Argentina*. 2018;104(6):1000322.
5. Голева Н. В. Исследование влияния эмоционального выгорания на развитие психосоматических расстройств у медицинских работников. В сб.: Психологическое здоровье человека: жизненный ресурс и жизненный потенциал: Материалы III международной научно-практической конференции. Красноярск: Верс; 2016. С. 256—62.
6. Polyakova O. B., Petrova E. A., Mironova O. I., Semenov D. V. Specificity of psychosomatization of psychologist-leaders with professional deformations (burnout). *Prensa Medica Argentina*. 2019;105(1):1000326.

7. Ким Е. С., Унжаков В. В., Токмаков К. А. Эмоциональное выгорание как форма профессиональной деформации личности специалистов с медицинским образованием. *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2018;(1):80—5.
8. Polyakova O. B., Semenov D. V., Anufriev A. F., Blinov A. O., Kovalova M. A., Pchelina V. V. et al. Specificity of the Neurotic Syndrome of Employees of Organizations with Professional Deformations. *Indian J. Public Health*. 2020;11(3):1357—62.
9. Maslach C., Jackson S. MBI: Maslach Burnout Inventory; research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1981. P. 13—15.
10. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер; 2000: 512 с.
11. Практикум по психологии профессиональной деятельности. СПб.: СПбГУ; 2000: 304 с.
12. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М.: Филинъ; 1996: 472 с.
13. Методика диагностики уровня невротизации. Режим доступа: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/psy-metodiks/20-2010-07-08-04-48-24/494-vasserman> (дата обращения 02.06.2020).
14. Яхин К. К., Менделевич Д. М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. В кн.: *Клиническая и медицинская психология*. М.; 2005: 432 с.
15. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. СПб.: Питер; 2004: 960 с.
16. Чернышкова Н. В., Дворникова Е. О., Малинина Е. В. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников государственных и частных медицинских учреждений. *Вестник Южно-Уральского государственного университета*. 2018;11(4):61—72.
17. Bonkalo T. I., Polyakova O. B., Bonkalo S. V., Kolesnik N. T., Sorokoumova E. A. Development of ethnic social identity among the members of ethnic community organizations as the factor of preventing the spread of nationalist in a multicultural society. *Biosciences Biotechnol. Research Asia*. 2015;12(3):2361—72. doi: 10.13005/bbra/1912
18. Толмачева А. С., Страхова Н. В., Зуйкова А. А., Котова Ю. А. Профессиональная деформация и синдром эмоционального выгорания у специалистов амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения. *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. 2018;17(1):189—95.
19. Толоченко Я. О. Особенности профилактики и коррекции эмоционального выгорания медицинского персонала. *Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета*. 2017;(3):113—8.
20. Костакова И. В. Взаимосвязь факторов эмоционального поведения личности и риска возникновения эмоционального выгорания у медицинских работников. *Вектор науки Тольяттинского государственного университета*. 2016;(4):44—7.
4. Elshansky S. P., Anufriev A. F., Polyakova O. B., Semenov D. V. Positive personal qualities and depression. *Prensa Medica Argentina*. 2018;104(6):1000322.
5. Goleva N. V. Research of the influence of emotional burnout on the development of psychosomatic disorders in medical workers. In: Psychological human health: life resource and life potential: Materials of the III international scientific-practical conference [Psikhologicheskoye zdorov'ye cheloveka: zhiznenny resurs i zhiznenny potential: Materialy III mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii]. Krasnoyarsk: Verso; 2016. P. 256—62 (in Russian).
6. Polyakova O. B., Petrova E. A., Mironova O. I., Semenov D. V. Specificity of psychosomatization of psychologist-leaders with professional deformations (burnout). *Prensa Medica Argentina*. 2019;105(1):1000326.
7. Kim E. S., Unzhakov V. V., Tokmakov K. A. Emotional burnout as a form of professional deformation of the personality of specialists with medical education. *Zdravookhranenie Dal'nego Vostoka*. 2018;(1):80—5 (in Russian).
8. Polyakova O. B., Semenov D. V., Anufriev A. F., Blinov A. O., Kovalova M. A., Pchelina V. V. et al. Specificity of the Neurotic Syndrome of Employees of Organizations with Professional Deformations. *Indian J. Public Health*. 2020;11(3):1357—62.
9. Maslach C., Jackson S. MBI: Maslach Burnout Inventory; research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1981. P. 13—15.
10. Il'in E. P. Motivation and motives [Motivatsiya i motivy]. St. Petersburg: Piter; 2000: 512 p. (in Russian).
11. Workshop on the psychology of professional activity [Praktikum po psikhologii professional'noy deyatel'nosti]. St. Petersburg: SPbSU; 2000: 304 p. (in Russian).
12. Boyko V. V. Energy of emotions in communication: a look at oneself and others [Energiya emotsiy v obshchenii: vzglyad na sebya i na drugikh]. Moscow: Filin"; 1996: 472 p. (in Russian).
13. Methods for diagnosing the level of neurotization. Available at: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/psy-metodiks/20-2010-07-08-04-48-24/494-vasserman> (accessed 02.06.2020) (in Russian).
14. Yakhin K. K., Mendeleevich D. M. Clinical questionnaire for the identification and assessment of neurotic conditions. In: Clinical and medical psychology [Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya]. Moscow; 2005: 432 p. (in Russian).
15. Karvasarskiy B. D. Clinical psychology [Klinicheskaya psikhologiya]. St. Petersburg: Piter; 2004: 960 p. (in Russian).
16. Chernyshkova N. V., Dvornikova E. O., Malinina E. V. Features of burnout syndrome in medical workers of public and private medical institutions. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta*. 2018;11(4):61—72 (in Russian).
17. Bonkalo T. I., Polyakova O. B., Bonkalo S. V., Kolesnik N. T., Sorokoumova E. A. Development of ethnic social identity among the members of ethnic community organizations as the factor of preventing the spread of nationalist in a multicultural society. *Biosciences Biotechnol. Research Asia*. 2015;12(3):2361—72. doi: 10.13005/bbra/1912
18. Tolmacheva A. S., Strakhova N. V., Zuykova A. A., Kotova Yu. A. Professional deformity and burnout syndrome in outpatient health care specialists. *Sistemnyy analiz i upravleniye v biomeditsinskikh sistemakh*. 2018;17(1):189—95 (in Russian).
19. Tolochenko Ya. O. Features of prevention and correction of emotional burnout of medical personnel. *Uchenyye zapiski Krymskogo inzhenerno-pedagogicheskogo universiteta*. 2017;(3):113—8 (in Russian).
20. Kostakova I. V. Interrelation of factors of emotional behavior of an individual and the risk of emotional burnout in medical workers. *Vektor nauki Tol'yattinskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2016;(4):44—7 (in Russian).

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Drobyshevskaya E. V. Professional deformation as a component of professionalization of the personality of medical workers. *Nauchnyye trudy Respublikanskogo instituta vysshey shkoly*. 2018;(18—2):118—25 (in Russian).
2. Jafar Zade D. A., Senkevich L. V., Polyakova O. B., Basimov M. M., Strelkov V. I., Tarasov M. V. Features of professional deformation (burnout) of medical workers depending on working conditions. *Prensa Medica Argentina*. 2019;105(1):1000334.
3. Shevchuk V. V., Kashkina N. V., Vysotin S. A., Sayfitova A. T. Chronic fatigue syndrome and professional deformation of the doctor. *Mezhdunarodnyy studencheskiy nauchnyy vestnik*. 2018;(5):36—42 (in Russian).

© Камынина Н. Н., Мыльникова Л. А.
УДК 614.2

Камынина Н. Н., Мыльникова Л. А.

ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: АНАЛИТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

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

Цель исследования — определение взаимосвязи факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний и впервые установленных предварительных диагнозов при проведении диспансеризации взрослого населения Восточного и Юго-Восточного административных округов города Москвы.

Определить факторы риска, обуславливающие наиболее значимые для развития болезней эндокринной системы и расстройства питания и нарушения обмена веществ. Проведен анализ данных диспансеризации с комплексной оценкой данных отраслевой статистической отчетности, в том числе отчетной формы № 131, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Выявлено, что факторы риска, выявляемые при диспансеризации, обуславливают развитие хронических неинфекционных заболеваний, и установлено, что динамика показателей по выявленным факторам риска развития ожирения и установленным предварительным диагнозам ожирения от болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ равнонаправленная. При этом показатель доли установленных при проведении диспансеризации предварительных диагнозов определяет качество диспансеризации и принятия межведомственных мер, направленных на предупреждение развития указанной патологии на региональном уровне с более широким проведением профилактических мероприятий по укреплению здоровья населения, включающих мониторинг и меры по снижению влияния факторов риска, связанных с недостаточной физической активностью, нерациональным питанием посредством вовлечения ведомств, отвечающих за ведение градостроительной и транспортной политики и требования к городской среде, а также доступность медицинской помощи.

К л ю ч е в ы е с л о в а : диспансеризация; факторы риска; здоровый образ жизни; выявляемость неинфекционных заболеваний; патологические отклонения; неинфекционные заболевания; болезни эндокринной системы; рациональное питание; ожирение; расстройства питания; нарушения обмена веществ; межведомственное (межсекторальное) взаимодействие.

Для цитирования: Н. Н. Камынина, Л. А. Мыльникова. Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний: аналитическое исследование результатов диспансеризации в городе Москве. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1215-1221. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1215-1221>

Для корреспонденции: Мыльникова Лариса Алексеевна, д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья, ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения города Москвы, e-mail: MylnikovaLA@zdrav.mos.ru

Kamyнина N. N., Mylnikova L. A.

RISK FACTORS OF CHRONIC NON-INFECTIOUS DISEASES: ANALYTICAL RESEARCH OF DISPENSANIZATION RESULTS IN THE CITY OF MOSCOW

State Budgetary Institution "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", 115088, Moscow, Russian Federation

The purpose of the study is to determine the relationship between risk factors for the development of chronic non-communicable diseases and first-time preliminary diagnoses during the medical examination of the adult population of Eastern and South — Eastern administrative districts of Moscow.

Determine the risk factors that cause the most significant effect for the development of diseases of the endocrine system and eating disorders and metabolic disorders. The analysis of the medical examination data with a comprehensive assessment of the data from industry statistical reports, including the report form N 131, approved by the order of the Ministry of Health of the Russian Federation.

It was found out that the risk factors identified during the medical examinations cause the development of chronic non-communicable diseases and the dynamics of indicators for the identified risk factors for obesity and established preliminary diagnoses of obesity from endocrine system diseases, eating disorders and metabolic disorders are equally directed.

These percentages of preliminary diagnoses established during the medical examinations can be used for rapid assessment of the quality of the medical examinations and the adoption of cross-sectoral connections and measures aimed at preventing the development of this pathology at the regional level, with a broader implementation of preventive measures to improve public health, including monitoring and measures to reduce the impact of risk factors associated with insufficient physical activity, poor nutrition through the involvement of agencies, responsible for maintaining urban planning and transport policies and requirements for the urban environment, as well as the availability of medical care.

К e y w o r d s : medical examination; risk factors; healthy lifestyle; prevention of non-communicable diseases; pathological abnormalities; non-communicable diseases; diseases of the endocrine system; rational nutrition; obesity. eating disorders; disorders of metabolism; multysectoral collaboration (interaction).

For citation: N. N. Kamyнина, L. A. Mylnikova Risk factors for chronic non-communicable diseases and medical examinations. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1215—1221 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1215-1221>

For correspondence: Larisa Mylnikova, doctor of medical Sciences, leading researcher of the Department of public health research, Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, e-mail: MylnikovaLA@zdrav.mos.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020

Введение

В соответствии с мероприятиями проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» национального проекта «Демография» в Москве осуществляются мероприятия по укреплению общественного здоровья и формированию системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, а также улучшение здоровья и качества жизни населения, развитие культуры общественного здоровья. Мероприятия рассчитаны на пять лет и будут осуществлены в 2020—2024 гг. Это дает возможность развивать и совершенствовать приоритетные направления социально-экономического развития города, обеспечивать их непрерывность и адресность, позволяет обобщать и накапливать положительный опыт. Пилотными территориями для проведения мероприятий являются Восточный и Юго-Восточный административные округа города Москвы (далее — соответственно ВАО и ЮВАО).

С целью профилактических мероприятий по раннему выявлению (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения (далее — ХНИЗ), факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемию, повышенный уровень глюкозы в крови, курение, потребление алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение (далее — факторы риска), а также риска потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, в Российской Федерации проводится диспансеризация в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», вступившего в силу с 6 мая 2019 г. Этим приказом закреплена необходимость диспансеризации с последующим диспансерным наблюдением в случае выявления патологических отклонений [2], которая направлена в том числе на раннее выявление развития ХНИЗ. Мероприятия по диспансеризации предполагают проведение исследований с получением количественных результатов и помогает врачу устанавливать диагнозы на ранних стадиях развития заболеваний [3].

Материалы и методы

Для достижения постеленной цели работы по изучению предопределяющих развитие ХНИЗ факторов проведена комплексная оценка данных отраслевой статистической отчетности, в том числе отчет-

ной формы № 131, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.03.2015 № 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению» (вместе с «Порядком заполнения учетной формы № 131/у «Карта учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)», «Порядком заполнения и сроки представления формы статистической отчетности № 131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения»» (далее — отчетная форма № 131) за период 2017—2019 годы.

Результаты исследования

Следуя рекомендациям ВОЗ, согласно которым факторы риска, приводящие к возникновению ХНИЗ: артериальная гипертензия (АГ), повышенный уровень холестерина в крови, курение, нерациональное питание, низкий уровень физической активности, повышенный уровень глюкозы в крови, ожирение, пагубное употребление алкоголя — обуславливают до 75% смертности от хронических неинфекционных заболеваний и система профилактики ХНИЗ должна включать оценку распространенности, коррекцию, а также контроль факторов риска (WHO, 2009) [4].

Анализ выявленных патологических отклонений и факторов риска, влияющих на здоровье населения ВАО и ЮВАО, проведенный по результатам диспансеризации 2019 г., показал, что при прохождении диспансеризации в ВАО выявлено 352 489 патологических отклонений, причем 83 765 (23,7%) — при проведении опроса (анкетирования) на выявление

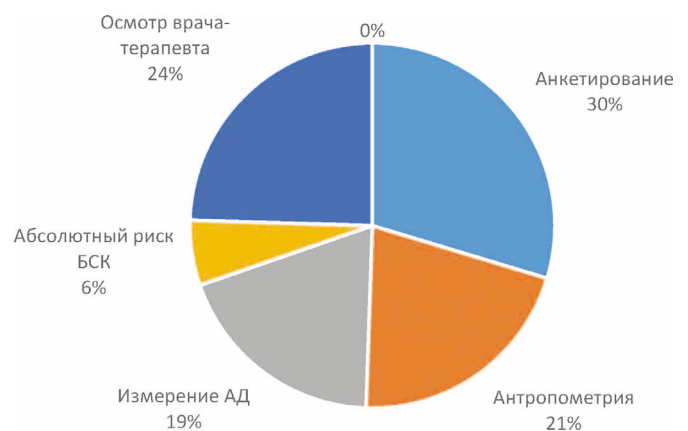


Рис. 1. Медицинские мероприятия, при которых выявлено наибольшее количество патологических отклонений при прохождении первого этапа диспансеризации взрослого населения ВАО в 2019 г.

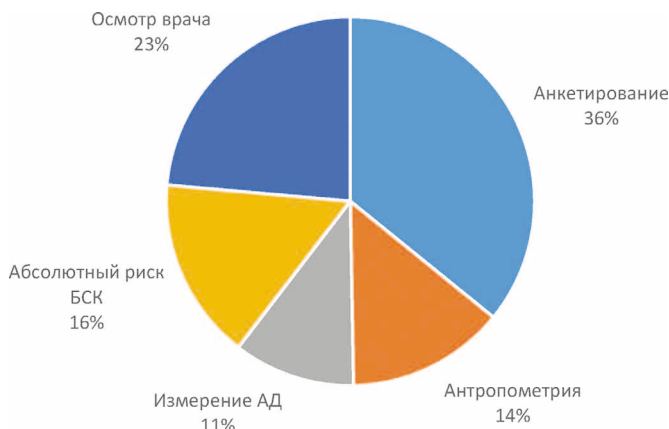


Рис. 2. Медицинские мероприятия, при которых выявлено наибольшее количество патологических отклонений при прохождении первого этапа диспансеризации взрослого населения ЮВАО в 2019 г.

хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, при проведении антропометрии (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела 59 141 (16,7%), измерении артериального давления 53 350 (15,3%), при определении абсолютного суммарного индекса риска развития сердечно-сосудистых заболеваний 16 305 (4,62%), 69 192 (19,6%) при осмотре врачом-терапевтом (рис. 1).

В ЮВАО при прохождении диспансеризации (данные за 2019 г.) выявлено 272 476 патологических отклонений, причем 88 717 (32,5%) при опросе (заполнении анкет) на обнаружение ХНИЗ, 34 393 (12,6%) при проведении измерения роста стоя, массы тела, окружности талии и расчета индекса массы тела, 26 543 (9,7%) при измерении АД, 39 552 (14,5%) при определении абсолютного суммарного индекса риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, 58 340 (21,4%) при осмотре врачом-терапевтом (рис. 2).

Таким образом, имеются различия по выявленным патологическим отклонениям у взрослого населения ВАО и ЮВАО, которые заключаются в значительном преобладании абсолютного суммарного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. При этом указанные патологические отклонения выявлялись независимо от наличия изменений при измерении артериального давления. Наибольшее количество патологических отклонений по абсолютному риску развития болезней системы кровообращения выявлено в ЮВАО 11% против 19% в ВАО.

Полученные результаты диспансеризации можно с определенной достоверностью считать представительными для населения Москвы в целом и использовать как базовые при определении приоритетов в планировании медицинских мер, в том числе профилак-

тических. Кроме того, для принятия оперативных управленческих решений на местном уровне оценивать результаты диспансеризации с позиции качества и полноты данных [5].

В ВАО обнаружено 282 726 отдельных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, не являющихся заболеваниями, по МКБ-10, в том числе у женщин 159 347 (56%) из которых 67 851 (42,5%) старше 60 лет, у мужчин 123 379 (44%), из которых 46 217 (37,4%) у лиц старше 60 лет. В ЮВАО обнаружено 240 727 отдельных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, не являющихся заболеваниями, по МКБ-10, в том числе у женщин 129 166 (53%) из которых 45 949 (35,6%) старше 60 лет, у мужчин 115 561 (47%), из которых 39 562 (34,2%) у лиц старше 60 лет. (рис.3.)

Анализ показал, что в подавляющем большинстве вызывающими неинфекционные заболевания у населения ВАО, как у мужчин, так и у женщин, являются следующие факторы риска: низкая физическая активность (у мужчин 20,1%, у женщин 22,7%), нерациональное питание (у мужчин 21,2%, у женщин 22,0%) и избыточная масса тела (соответственно 16,2% и 19,3%). В ЮВАО картина несколько иная — на фоне низкой физической активности как у мужчин, так и у женщин (соответственно 21,5% и 23,3%) и нерационального питания (соответственно 20,5% и 23,3%), избыточная масса тела отмечена у только 10,1% мужчин и 12,7% женщин. При этом высокий и очень высокий абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск значительно выше у женщин и составляет в ВАО 15,8%, в ЮВАО — 16,4%, против 6,8% у мужчин ВАО и 4,9% в ЮВАО.

В целях более глубокого изучения показателей диспансеризации по факторам риска проведен анализ их динамики за период 2017—2019 гг.

Выявлено, что фактор риска развития неинфекционных заболеваний — низкая физическая актив-

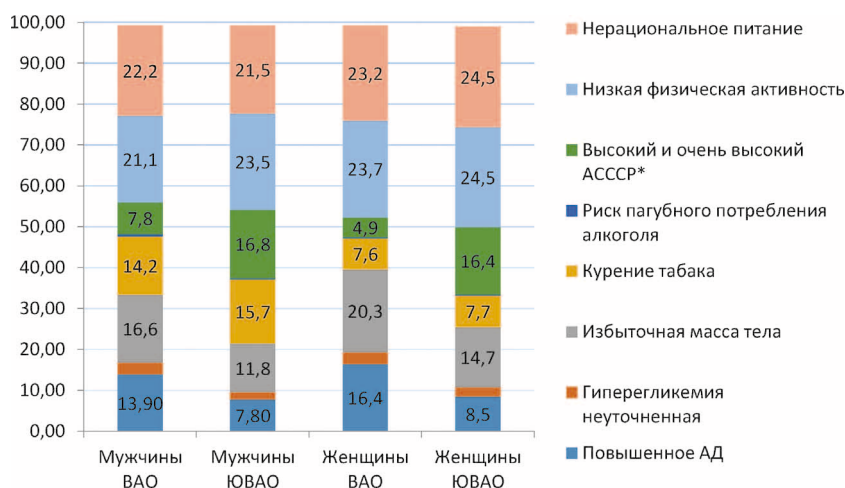


Рис. 3. Факторы риска развития ХНИЗ, выявленные у населения ВАО и ЮВАО, прошедших диспансеризацию в 2019 г.

* Определение относительного и абсолютного сердечно-сосудистого риска производилось только у граждан, не имеющих заболеваний, связанных с атеросклерозом, сахарным диабетом второго типа и хронических болезней почек (у граждан старше 40 лет).

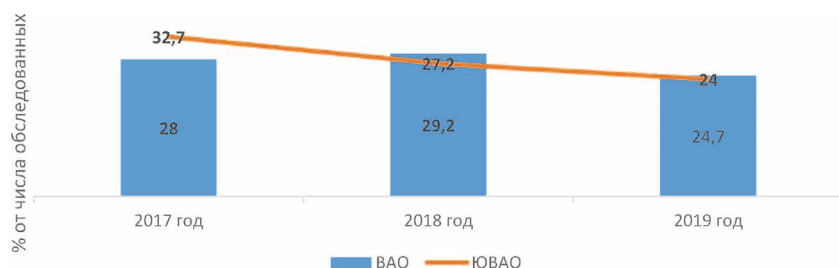


Рис. 4. Низкая физическая активность (недостаток физической активности) по данным диспансеризации ВАО и ЮВАО 2017—2019 гг.

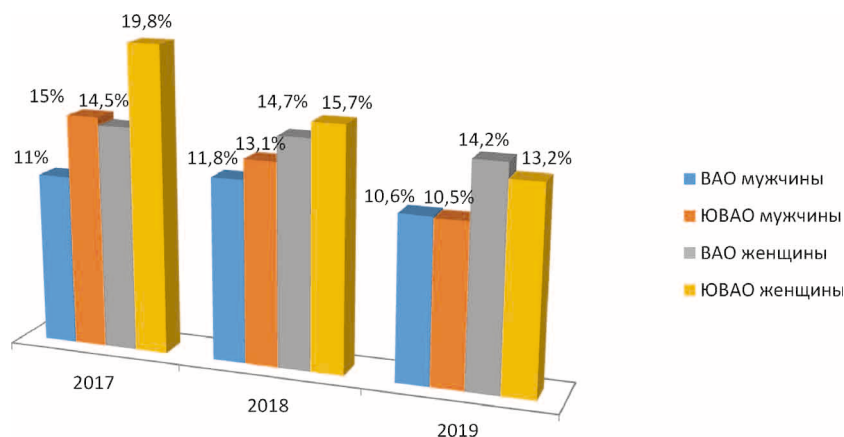


Рис. 5. Доля выявленных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, не являющихся заболеваниями, нерациональное питание (неприемлемая диета, вредные привычки питания) в ВАО и ЮВАО от всех обследованных (скрининг) (динамика 2017—2019)

ность — имеется более чем у 25% обследованных, причем в динамике распространенность его немного снижается, в среднем на 3% в год у жителей ЮВАО и снижение отмечено только в 2019 г. жителей ВАО (рис. 4).

По данным ВОЗ, регулярная физическая активность уменьшает риск БСК, и других заболеваний, при этом затрачивается энергия организмом, что приводит к потере веса. Физическая активность оказывает в долгосрочной перспективе положительное влияние на здоровье и улучшает качество жизни [4].

Многие из факторов риска налагаются друг на друга. Это относится к таким факторам риска, как недостаточная физическая активность, нерациональное питание и избыточная масса тела.

Постоянное рациональное питание является профилактической мерой здоровья. Однако рост перерабатывающих производств продуктов питания, современный образ жизни приводят к изменению стереотипов питания, включая потребление более калорийной и солевой пищи. При этом снижено потребление овощей и фруктов, клетчатки.

Рациональное и сбалансированное питание — индивидуально, обусловлено образом жизни, культурой, этносом, местом жительства, доходов и др.

Рациональное, сбалансированное питание и здоровая пища — это качество употребляемых продуктов, их калорийность, а также правила их употребления: кратность и объемы употребления пищи, не переизбыток, сбалансированность.

Доля выявленных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний, не являющихся заболеваниями по МКБ-10, по показателю нерациональное питание (неприемлемая диета, вредные привычки питания) от числа всех обследованных (скрининг) в ЮВАО составляло в 2017 г. среди женщин 19,9% против 14,5% в ВАО, в 2018 г. 15,7% в ЮВАО против 14,7% в ВАО. И только в 2019 г. эти показатели ЮВАО относительно сравнялись: ВАО 14,2%, в ЮВАО 13,2%. Среди мужчин ВАО в 2017 г. — 11%, в ЮВАО — 15%, в 2018 г. — 11,8%, 8% у мужчин ВАО, ЮВАО — 13,1%, в 2019 г. ВАО — 10,6%, ЮВАО — 10,5% (рис. 5).

Исходя из данных 2017—2019 гг. по факторам риска «Избыточная масса тела» (рис. 6) и «Нерациональное питание» (рис. 7) соотношение изменений имеют одинаковые тренды, что указывает на взаимосвязь этих показателей.

По избыточной массе тела показатели ниже, однако тенденции по этим факторам риска и по ВАО и по ЮВАО одинаковые (рис. 6 и 7).

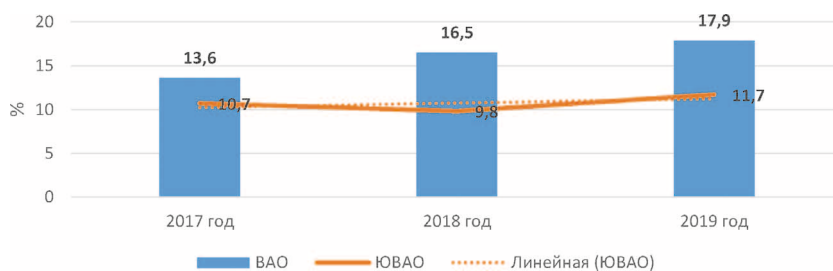


Рис. 6. Избыточная масса тела (анормальная прибавка массы тела) по данным диспансеризации в ВАО и ЮВАО 2017—2019 гг.

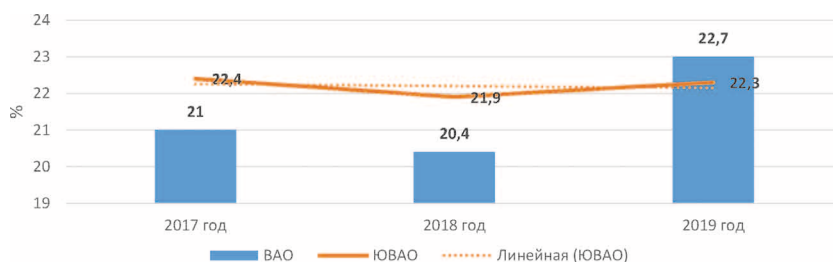


Рис. 7. Нерациональное питание (Неприемлемая диета и вредные привычки питания) по данным диспансеризации в ВАО и ЮВАО 2017—2019 гг.

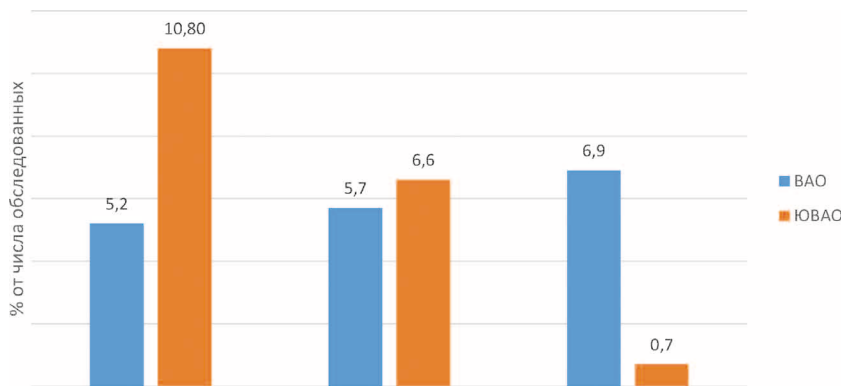


Рис. 8. Впервые установленные предварительные диагнозы болезней эндокринной системы и расстройства питания и нарушения обмена веществ в ВАО и ЮВАО при проведении диспансеризации за 2017—2019 гг.

Таким образом, нерациональное питание следует учитывать при дальнейшем анализе выявленных первичных предварительных диагнозов в ЮВАО, как один из ведущих факторов риска в развитии НИЗ.

У женщин ВАО динамика патологии эндокринной системы следующая: 2017 г. — 56,1%, 2018 г. — 52,6%, 2019 г. — 59,7%; у женщин ЮВАО — 2017 г. — 53,9%, 2018 г. — 52,9%, 2019 г. — 54,%.

При этом рост выявления случаев болезней эндокринной системы и расстройства питания и нарушения обмена веществ отмечен в 2019 году у женщин и в ВАО и ЮВАО, тогда как у мужчин отмечается тенденция к снижению выявленных случаев в ВАО с 43,9% в 2017 г. до 40,3% в 2019 г., в ЮВАО с 46,1% в 2017 г. до 45,4 % в 2019 г. При этом диспансерное наблюдение по выявленным случаям болезней эндокринной системы и расстройства питания и нарушения обмена веществ увеличивается по ожирению в ВАО в 2017 г. до 151 чел., в 2018 г. до 275 чел. (+82% к предыдущему году), в 2019 г. до 826 чел. (+300% к предыдущему году), в ЮВАО, соответственно, 61 чел., 358 чел. (+500% к предыдущему году), 217 чел. — 40% к предыдущему году). По сахарному диабету отмечается снижение диспансерного наблюдения в ВАО в 2017 г. до 642 чел., в 2018 г. до 550 чел. (-15% к предыдущему году), в 2019 г. до 473 человека (-14% к предыдущему году), в ЮВАО, соответственно, 922 чел., 708 чел. (-24% к предыдущему году), 614 чел. (-14% к предыдущему году).

Таким образом, анализ показателей свидетельствует о резком увеличении показателя по фактору риска избыточная масса тела в 2018 и 2019 гг.

Анализ впервые установленных предварительных диагнозов болезней эндокринной системы и расстройства питания и нарушения обмена веществ в ВАО и ЮВАО при проведении диспансеризации также свидетельствует о корреляции с показателями по выявленным факторам риска (рис. 8).

По 2019 году в ЮВАО доля впервые установленных предварительных диагнозов составила 0,7% от числа обследо-

ванных лиц, при этом более 60% направлено на дополнительное обследование, из которых 75% составляют обследования по сахарному диабету, тогда как в предыдущие 2017—2018 гг. составляла от 10,8% до 6,6%. Отмечено резкое снижение впервые установленных предварительных диагнозов болезней эндокринной системы и расстройства питания в ЮВАО в 2019 г. по сравнению с ВАО и другими годами проведения диспансеризации, что требует дальнейших исследований в этом направлении. По ВАО доля впервые установленных предварительных диагнозов от 5,2% до 6,9% за 2017—2019 гг.

Доля случаев установленных предварительных диагнозов болезней эндокринной системы и расстройства питания и нарушения обмена веществ как ВАО, так и в ЮВАО выявлены в среднем у мужчин ВАО в 43,8% случаев, у женщин в 56,1%, в ЮВАО у мужчин — 44,5%, у женщин — 53,7% в течение 3 лет (2017—2019 гг.) (рис. 9).

По абсолютным показателям, большее количество выявленных случаев приходится на нарушения обмена липопротеинов, причем в ВАО.

При этом впервые установленных диагнозов в ЮВАО по ожирению (класс болезней — болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ) у мужчин с 4382 человек в 2017 г. до 149 человек в 2019 г., у женщин — 7028 человек в 2017 г. до 135 человек в 2019 г., в ВАО — в 2017 г. у мужчин с 2531 человек в 2017 году до 4057 человек в 2019 г., у женщин — 3514 человек в 2017 г. до 5984 человек в 2019 г.

Доля лиц, направленных на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, из случаев, по которым впервые установлен при проведении диспансеризации предварительный диагноз ожирение составляет по ВАО от 2,6% в 2017 г. и 5,97% в 2019 г.. По ЮВАО динамика составляет от 0,26% в 2017 г. до 41% в 2019 г. (рис. 10).

Следует отметить резкий рост динамики направлений на дополнительное обследование в ЮВАО.

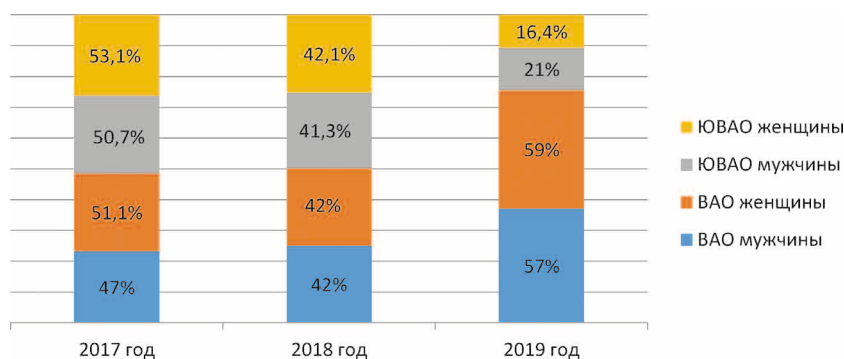


Рис. 9. Доля установленных при проведении диспансеризации предварительных диагнозов ожирения от болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ у населения ВАО и ЮВАО (2017—2019 гг.).

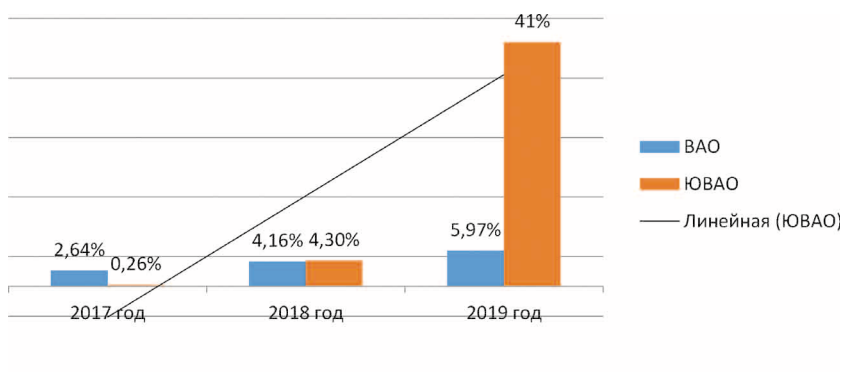


Рис. 10. Доля лиц, направленных на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, из случаев по которым впервые установлен при проведении диспансеризации предварительный диагноз ожирение ВАО и ЮВАО (2017—2019 гг.).

Проблема избыточной массы тела и ожирения среди населения продолжает оставаться одной из ключевых. Повышен риск развития сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета 2-го типа и их осложнений, связанных с этим заболеванием. В настоящее время можно говорить о пандемии ожирения [6]. Ожирение является заболеванием эндокринной системы и приводит, чаще всего, к болезням системы кровообращения. Алиментарные нарушения с высоким количеством потребляемых калорий, повышенное питание приводят к ожирению [7]. При этом психологическая составляющая приводит к депрессии, качество жизни понижается, ограничивается общение, посещение публичных мест, общение [8].

Заключение

Диспансеризация — профилактическая комплексная мера, направленная в том числе на лечение, социальную адаптацию, связанную с ликвидацией условий появления и развития заболеваемости на территории [9]. Таким образом, по данным отчетной формы № 131, доля впервые в жизни установленных диагнозов по ожирению, выявленных при проведении диспансеризации и профилактических медицинских осмотров у взрослого населения, от общего числа заболеваний ожирением с впервые установленным диагнозом составила по ВАО в 2017 г. 11,8%, в 2018 г. — 25,5%, в 2019 г. — 65%, по ЮВАО — в 2017 г. — 8%, в 2018 г. — 36,3%, в 2019 г. — 25,7%, что свидетельствует о необходимости проведения мероприятий, направленных на формирование мотивации для изменения подходов к здоровому питанию, и более широкий охват и вовлечение населения ВАО и ЮВАО в здоровый образ жизни.

Выводы

Факторы риска, выявляемые при диспансеризации, обуславливают развитие ХНИЗ.

Динамика показателей по выявленным факторам риска развития ожирения и установленным предварительным диагнозам ожирения от болезней эндокринной системы, расстройства питания и наруше-

ния обмена веществ равнонаправленная.

Показатель доли установленных при проведении диспансеризации предварительных диагнозов может быть использован для оперативной оценки качества диспансеризации и принятия межведомственных мер, направленных на предупреждение развития указанной патологии на региональном уровне с более широким проведением профилактических мероприятий по укреплению здоровья населения, включающих мониторинг и меры по снижению влияния факторов риска, связанных с недостаточной физической активностью, нерациональным питанием посредством вовлечения ве-

домств, отвечающих за ведение градостроительной и транспортной политики и требования к городской среде, а также доступность медицинской помощи.

Требуется более широкое проведение межведомственных профилактических мероприятий по укреплению здоровья населения ВАО и ЮВАО, включающих развитие инфраструктуры, которая поддерживает возможности для оздоровительной физической активности, например, пешие или велосипедные прогулки; наличие парковых зон с возможностью заниматься спортом, наличие всей спортивной инфраструктуры, а также возможностей получать здоровое и рациональное питание, доступное профилактическое здравоохранение, с занятиями в «школе здоровья».

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 13.03.2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». Утверждены главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Минздрава России О. М. Драпкиной и главным внештатным специалистом по медицинской профилактике Минздрава России Л. Ю. Дроздовой «22» октября 2019 г. М.: 2019; 165 с.
2. Яковлева Т.В., Иванова А.А., Альбицкий В.Ю. Механизмы формирования единой профилактической среды в Российской Федерации. *Российский педиатрический журнал*. 2015;18(3):28–31.
3. Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization (WHO); 2009: 62 p.
4. Калинина А.М., Бойцов С.А., Кушунина Д.В., Горный Б.Э., Дроздова Л.Ю., Егоров В.А. Артериальная гипертензия в реальной практике здравоохранения: что показывают результаты диспансеризации. *Артериальная гипертензия*. 2017;23(1):6–16. doi: 10.18705/1607-419X-2017-23-1-6-16
5. Драпкина О.М., Дуболазова Ю.В., Бойцов С.А. Борьба с ожирением: «золотой стандарт» и новые горизонты. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2016;12(4):450–8. doi: 10.20996/1819-6446-2016-12-4-450-458
6. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010. P. 60.

7. Фролова Е.В. Ожирение: диагностика и лечение в общей врачебной практике. Российский семейный врач. 2016;20(4):5–25. doi: 10.17816/RFD201645-25
8. Щепин О.П. Роль диспансеризации в снижении заболеваемости населения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015;23(1):3–7.

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Organization of preventive medical examination and clinical examination of certain groups of the adult population. Methodological recommendations for the practical implementation of the order of the Ministry of Health of Russia dated March 13, 2019 No. 124n "On approval of the procedure for conducting preventive medical examinations and clinical examination of certain groups of the adult population". Approved by the chief freelance specialist in therapy and general medical practice of the Ministry of Health of Russia O. M. Drapkina and the chief freelance specialist in medical prevention of the Ministry of Health of Russia L. Yu. Drozdova October 22, 2019 [Organizatsiya provedeniya profilakticheskogo meditsinskogo osmotra i dispanserizatsii opredelennykh grupp vzroslogo naseleniya. Metodicheskiye rekomendatsii po prakticheskoy realizatsii prikaza Minzdrava Rossii ot 13 marta 2019 g. № 124n «Ob utverzhdenii porjadka provedeniya profilakticheskogo meditsinskogo osmotra i dispanserizatsii opredelennykh grupp vzroslogo naseleniya». Utverzhdeny glavnym vneshtatnym spetsialistom po terapii i obshchey vrachebnoy praktike Minzdrava Rossii O. M. Drapkinoy i glavnym vneshtatnym spetsialistom po meditsinskoy profilaktike Minzdrava Rossii L.Yu. Drozdovoy «22» oktyabrya 2019 g.]. Moscow: 2019: 165 p. (in Russian).
2. Yakovleva T.V., Ivanova A.A., Al'bitskiy V.Yu. Mechanisms of formation of a unified preventive environment in the Russian Federation. Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal. 2015;18(3):28–31 (in Russian).
3. Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization (WHO); 2009: 62 p.
4. Kalinina A.M., Boytsov S.A., Kushunina D.V., Gornyy B.E., Drozdova L.Yu., Egorov V.A. Arterial hypertension in real healthcare practice: what the results of clinical examination show. Arterial'naya gipertoniya. 2017;23(1):6–16. doi: 10.18705/1607-419X-2017-23-1-6-16 (in Russian).
5. Drapkina O.M., Dubolazova Yu.V., Boytsov S.A. Fight against obesity: "gold standard" and new horizons. Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii. 2016;12(4):450–8. doi: 10.20996/1819-6446-2016-12-4-450-458 (in Russian).
6. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization (WHO); 2010. P. 60.
7. Frolova E.V. Obesity: diagnosis and treatment in general medical practice. Rossiyskiy semeynyy vrach. 2016;20(4):5–25. doi: 10.17816/RFD201645-25 (in Russian).
8. Shchepin O.P. The role of medical examination in reducing the incidence of the population. Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2015;23(1):3–7 (in Russian).

Метельская А. В.**ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ «БЕРЕЖЛИВАЯ ПОЛИКЛИНИКА» В ПРАКТИКУ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

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

В системе российского здравоохранения с 2016 г. реализуется федеральный приоритетный проект «Бережливая поликлиника», направленный на организацию новой модели медицинской помощи. Цель исследования — выявить проблемы внедрения новой концепции в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений.

Рассмотрены нормативно-правовые документы, регулирующие реализацию проекта, публикации экспертов системы здравоохранения.

Выявлено, что процесс организации «бережливого производства» должен начинаться не с установок, спускаемых сверху, а с определения проблем и поиска оптимальных решений на рабочем месте. Для внедрения концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений в каждой российской поликлинике необходимо, в первую очередь, выявить перечень проблем, имеющихся непосредственно в этой поликлинике.

Концепция «Бережливая поликлиника» призвана найти решение основных проблем, возникающих при организации работы первичного звена системы здравоохранения, и показывает высокую эффективность при внедрении в медицинских организациях с целью оптимизации процесса оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: система здравоохранения; концепция бережливого производства; первичная медико-санитарная помощь; приоритетный проект здравоохранения; пациентоориентированная модель.

Для цитирования: Метельская А. В. Проблемы внедрения концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020;28(спецвыпуск):1222—1226. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1222-1226>

Для корреспонденции: Метельская Анастасия Вячеславовна, аспирант ГБУ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения города Москвы, syrgytianka@mail.ru

Metelskaya A. V.**PROBLEMS OF IMPLEMENTING THE CONCEPT OF «LEAN POLYCLINIC» IN THE PRACTICE
OF FUNCTIONING OF DOMESTIC POLYCLINIC INSTITUTIONS**

State Budgetary Institution “Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department”, 115088, Moscow, Russian Federation

The article considers the first steps of the Federal priority project «Lean polyclinic», which is taking place in the Russian healthcare system, aimed at organizing a new model of medical care and the problems that stand in the way of implementing a new concept in the practice of functioning of domestic polyclinic institutions.

The purpose of the study is to identify the results of a Federal priority healthcare project that started in Russia in 2018 and is aimed at organizing a new model of medical care in Russia.

The article notes that the process of organizing «lean production» should not begin with installations launched from above, but with identifying problems and finding optimal solutions in the workplace. To implement the concept of «Lean polyclinic» in the practice of functioning of domestic polyclinic institutions in each Russian polyclinic, it is necessary, first of all, to identify the list of problems that exist directly in this particular polyclinic. The results presented in the article of the study allow us to conclude that the concept of «Lean hospital» aims to find a solution to the main problems arising in the organization of primary health care system and shows the high efficiency of this system with the introduction of medical institutions to optimize the process of medical care.

Keywords: healthcare system; lean manufacturing concept; primary health care; priority healthcare project; patient-oriented model.

For citation: Metelskaya A. V. Problems of implementing the concept of «lean polyclinic» in the practice of functioning of domestic polyclinic institutions. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2020;28(Special Issue):1222—1226 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1222-1226>

For correspondence: Metelskaya A.V., e-mail: syrgytianka@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.05.2020
Accepted 29.07.2020**Введение**

По инициативе Администрации Президента России и Министерства здравоохранения Российской Федерации в поликлиниках России распространяется опыт применения Производственной системы «Росатома» (ПСР) — концепция «Бережливая поли-

клиника». Этот масштабный федеральный проект реализуется Министерством здравоохранения РФ совместно с Росатомом, стартовал в 2016 г. и был включен в Национальный проект «Здравоохранение». В планах к 2024 г. охватить более 7 тыс. поликлинических учреждений во всех регионах России и перейти от задачи внедрения принципов ПСР в по-

ликлиниках к формированию новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

Материалы и методы

В работе рассмотрены действующие нормативно-правовые документы, регулирующие реализацию проекта «Бережливая поликлиника» в Российской Федерации, публикации экспертов системы здравоохранения, исследующих проблемы организации новой модели медицинской помощи России. Основные проблемы внедрения концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений рассматривают в своих работах В. Ф. Арженцов [1], Э. Вергазова [2], Е. Г. Камкин и соавт. [3], И. Ю. Кондратьева и соавт. [4] и др.

Результаты и обсуждение

В середине XX в. японских автопромышленников стал активно волновать вопрос, как повысить эффективность своих производств. В поисках решения по оптимизации производственных процессов и минимизации потерь владельцы автомобильных концернов заметили, что на традиционно организованном производстве большие усилия и ресурсы тратятся не на полезный труд, а на преодоление различных сложностей в работе.

Основателем концепции «бережливого производства» является Тайити Оно, соучредитель японского концерна «Toyota», который в 1950-х гг. предложил идею производственной системы и сформулировал ключевые положения концепции бережливого производства: непрерывность производственного цикла, исключая задержки и очереди за счет равномерной загрузки рабочих, оптимальной планировки помещений организации и предотвращения различных видов потерь [5]. Исследование производственного цикла автопромышленного производства показало, что большая часть времени и сил специалистов тратятся на процесс доставки материальных ресурсов со складских помещений, поиск необходимых инструментов, передвижение рабочих между станками, которые установлены в разных местах, и другие движения, которые можно избежать при правильно организованном производстве. В поединке с такого рода потерями рабочих сил и средств рациональная организация рабочего пространства показала неожиданно высокие результаты, став основой концепции «бережливого производства» и распространившись по всему миру в роли авторитетной стратегии управления на предприятиях.

В 2017 г. Министерством здравоохранения Российской Федерации в тесном партнерстве с государственной корпорацией «Росатом» был запущен проект «Бережливая поликлиника», основная цель которого состоит в повышении эффективности деятельности лечебно-профилактических организаций и доступности медицинской помощи в стране. Рационализация модели медицинской организации,

Меры, направленные на предупреждение возможного риска при реализации концепции «Бережливая поликлиника»

№ п/п	Возможный риск	Меры предупреждения
1.	Несоблюдение запланированных сроков, обусловленное нехваткой квалифицированных специалистов концепции «Бережливая поликлиника»	Создание центра регионального уровня по организации первичной медико-санитарной помощи
2.	Недостаточный уровень вовлеченности медицинских специалистов и административных работников в проект	Стимулирование медицинских специалистов и административных работников к участию в проекте
3.	Слабая информированность россиян о внедрении концепции «Бережливая поликлиника» в систему здравоохранения	Размещение информации в сети Интернет и на порталах медицинских организаций — участников проекта
4.	Ограниченный размер ресурсов, выделяемых из бюджетных средств	Расширение масштабов использования финансовых источников системы обязательного медицинского страхования
5.	Использование лучших практик внедрения концепции «Бережливая поликлиника» в профессиональной среде для роста эффективности при оказании медицинской помощи	Распространение проекта среди отечественных поликлинических учреждений на основе положительного опыта реализации проекта в «пилотных» поликлиниках

специализирующейся на оказании первичной медико-санитарной помощи, необходима для отечественных лечебно-профилактических учреждений, ввиду того, что порядка 60% объема медицинской помощи в нашей стране оказывается именно в медицинских организациях поликлинического профиля. В современных условиях уровень организации работы российских поликлиник, оставшийся практически неизменным с прошлых времен, не позволял решать поставленные задачи [3]. Поэтому пилотный проект, стартовавший сначала в Ярославской и Калининградской областях, а также в Севастополе, получил название: «Бережливая поликлиника». Партнерами Минздрава в этом проекте выступили эксперты Росатома, уже опробовавшие концепцию «бережливого производства» у себя в работе.

В качестве ключевых критериев оценки эффективной работы новой модели медицинской организации, внедряющей концепцию «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, используются: удовлетворенность пациента качеством медицинских услуг, сокращение времени ожидания, доброжелательное отношение сотрудников лечебно-профилактического учреждения к пациентам [2].

При реализации мероприятий, определенных приоритетным проектом «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», возможны различного рода риски, для предотвращения которых предусмотрен ряд мер (таблица).

Процесс организации «бережливого производства» должен начинаться не с установок, спускаемых сверху, а с определения проблем и поиска оптимальных решений на рабочем месте. Для внедрения концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлиниче-

ских учреждений в каждой российской поликлинике необходимо, в первую очередь, выявить перечень проблем, имеющих непосредственно в этой конкретной поликлинике. И здесь очень важен взгляд «изнутри», опрос медицинских специалистов и пациентов, прикрепленных к этому медицинскому учреждению, с составлением списка вопросов, которые беспокоят и что необходимо исправить в поликлинике. Как показывает опыт внедрения концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений, в перечень основных вопросов, требующих решения, попадают:

- трудности с записью на прием к врачу;
- долгое время ожидания в очереди перед кабинетом;
- загруженность врачей лишним объемом «бумажной работы»;
- необходимость поиска нужного кабинета и нерациональное перемещение по этажам здания, что представляет сложности, особенно для пенсионеров.

Следует отметить, что в перечень проблем попадают моменты, с которыми россияне сталкиваются уже не один десяток лет.

Концепция работы совершенной поликлиники с точки зрения «бережливого производства» формируется и развивается с применением управленческих решений, основанных на принципах «бережливого производства», позволяя повышать эффективность системы здравоохранения и доступность медицинской помощи. Основные принципы концепции «Бережливая поликлиника», использование основных инструментов и структуризация потерь в сфере медицины, наряду с обобщением положительного зарубежного опыта внедрения принципов «бережливого производства» в сферу здравоохранения и его адаптация в России, позволят создать комфортную среду для врачей, медицинского персонала и пациентов.

В настоящее время Минздравом России разработаны и применяются методические рекомендации, отражающие основные принципы внедрения модели «Бережливая поликлиника» и направления реализации [6].

В регионах Российской Федерации планируется введение стимулирующих выплат за достижения, направленные на внедрение концепции «бережливого производства». Проработаны и внесены изменения в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, законодательно определены критерии «Бережливая поликлиника».

Среди действующих нормативно-правовых документов, регулирующих реализацию проекта «Бережливая поликлиника» в Российской Федерации, можно выделить Программу государственного уровня «Развитие здравоохранения», принятую на основании Постановления Правительства РФ от 15.04.2014 г. № 294, Федеральный проект ««Бережли-

вая поликлиника». Применение методов бережливого производства в медицинских организациях. Открытие проектов по улучшениям», разработанный Министерством здравоохранения РФ и Государственной корпорацией по атомной энергии «Росатом» в 2017 г.; приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», утвержденный протоколом от 26.07.2017 г. № 7 Президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам, методические рекомендации «Создание региональных центров организации первичной медико-санитарной помощи», подготовленные Министерством здравоохранения РФ и ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения РФ в 2017 г., и др.

Практическая реализация вышеперечисленных нормативно-методических документов и внедрение концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений показывает вроде бы не очень очевидный факт. Проблема внедрения заключается в том, что, несмотря на популярность использования модели «бережливого производства» во всем мире, получить результат, равный эффекту японских автопроизводителей, удается далеко не всегда. На наш взгляд, особенностью модели бережливого производства заключается, прежде всего, в том, что за основу принят принцип непрерывного совершенствования на всех участках производственного цикла всеми работниками, непосредственно занятыми в процессе производства.

Следует отметить, что желание компании, внедряющей концепцию «Бережливая поликлиника» в свой производственный процесс путем сокращения расходной части с помощью интенсификации труда работников и сокращения сотрудников, которые оказались в некотором роде «лишними», приводит к неэффективному результату, мало сравнимому с японской системой бережливого производства. Низкую эффективность в таком случае показывает и введение дополнительных стимулов в виде премирования активистам за участие в комплексе мер бережливого производства. Очевидно, система «бережливое производство» дает результаты, когда сотрудники сами заинтересованы в продвижении концепции и видят в ней смысл не только для себя, но и для потребителей, и для общего дела. Обучение действует развивает у сотрудников медицинских организаций, внедряющих концепцию «Бережливая поликлиника» в свой лечебный процесс, комплексное представление о проблеме и согласованность действий при ее решении, формируя осознание необходимости вложения личного вклада в повышение эффективности работы медицинского учреждения [1].

Минздрав России постарался в проекте «Бережливая поликлиника» создать такие условия для медицинских работников, дав толчок дальнейшему развитию и внедрению концепции «Бережливая по-

ликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений. По инициативе сотрудников отечественных медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, создавались рабочие группы, которые разрабатывали и внедряли определенные этапы концепции «Бережливая поликлиника», показывающие путь пациента, начиная от входа в медицинское учреждение и заканчивая выходом из него. На следующем этапе активно включались в процесс студенты медицинских институтов и волонтеры, на помощь приходили также сообщества пациентов.

Передача определенного комплекса врачебных функций медицинскому персоналу среднего звена, исключение при оказании медицинской помощи в практике функционирования отечественных поликлинических учреждений избыточных перемещений за счет создания эргономичных рабочих зон и мест, дополнительное профессиональное обучение сотрудников способствовали выравниванию нагрузки врачей, медицинских сестер и медицинских регистраторов. В результате реализации таких мероприятий выработалась концепция бережного отношения к персоналу. За счет информатизации рабочих мест, перехода на электронный документооборот, предотвращения потерь в виде «лишних» отчетов и дублирования операций оказание услуг по принципу «единого окна» отчетливо отразило бережное отношение к ресурсам [4].

В числе самых острых сложностей на пути реализации концепции «Бережливая поликлиника» оказался процесс диспансеризации населения. В условиях некомфортной поликлиники, когда можно потратить много времени и нервов, здоровому человеку неприятно находиться, поэтому он старается избежать скрининга здоровья, требующего проведения множества исследований и неоднократного посещения разных специалистов. Тем не менее без профилактических мер, позволяющих на раннем этапе выявить ряд заболеваний, медицина на современном этапе просто немыслима.

Для повышения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, требовалось полностью перестраивать потоки по диспансеризации. В итоге процесс диспансеризации удалось сократить до двух посещений, получив поразительные по своей эффективности результаты.

Аналогичным образом решалось положение с профосмотрами и вакцинацией. В процессе внедрения концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений приходилось перестраивать работу сотрудников регистратуры, вводить онлайн-запись на прием, создавать call-центры.

Неоспоримая роль в процессе внедрения концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений принадлежит напольной и настенной навигации и пересмотру графиков работы специали-

стов и вспомогательных кабинетов в медицинских организациях. В некоторых случаях требовалось проведение комплексных ремонтных работ для обустройства входных групп и мест ожидания, в том числе для посетителей с ограниченными возможностями.

Также следует подчеркнуть, что важную роль играет разделение потоков здоровых посетителей, которые пришли на профилактические осмотры, и заболевших пациентов, в том числе с вирусными инфекциями.

Внедрение концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений потребовало модернизации рабочих мест, внедрения информационных систем, которые значительно сокращают бумажную работу.

Внедрение концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений позволяет успешно решать ряд проблем отечественной системы здравоохранения:

1. Разделение потоков пациентов с помощью системы маршрутизации посетителей, разработанной таким образом, чтобы распределять, выравнивать потоки пациентов и сокращать время протекания процессов.
2. Организация равномерной загрузки персонала медицинской организации: врачей, среднего медицинского персонала и работников регистратуры.
3. Обеспечение доступности медицинской помощи — устранение потерь на всех участках (ожидание, ненужные отчеты, лишние перемещения и т. д.).
4. Прозрачность и скорость оказания медицинской услуги — использование простой и удобной информационной системы управления потоками пациентов.
5. Удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью — постоянный мониторинг отклонений фактических показателей от плановых и скорость реакции на проблемы пациентов.

Однако, несмотря на неоспоримые преимущества внедрения концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений, в рамках исследования, следует выделить и проблемы, которые не решаются методами ПСР:

1. Недостаток медицинских специалистов. По данным Росстата, по состоянию на конец 2018 г. в России существует недостаток 50 тыс. врачей и еще около 50 тыс. среднего медицинского персонала [7].
2. Низкая обеспеченность медицинских организаций средствами из бюджета. Фонд обязательного медицинского страхования выделяет средства, исходя из норматива 12 699 руб. в год на одного пациента. Медицинские организации ведут учет расходов на основании оказанных услуг и тарифов, в которых учитываются

- затраты на оплату труда врачей, закупку лекарственных средств и расходных материалов, содержание помещений и коммунальные услуги.
3. Уровень заработной платы медицинских работников. Оплата труда медицинских работников включает оклад, компенсационные и стимулирующие выплаты, размер которых определяется региональным Минздравом с учетом федеральных рекомендаций.
 4. Конкуренция за пациентов с коммерческими медицинскими организациями. Большая часть российских пациентов уверены, что медицинскую помощь высокого уровня качества можно получить в сфере платной медицины. Это свидетельствует даже не столько о запросе на качественную медицинскую помощь, сколько о невозможности получить качественную медицинскую услугу в государственном медицинском учреждении.
 5. Обучение медицинских кадров цифровым технологиям. На современном этапе в сфере здравоохранения еще часть процессов по-прежнему подвержены последствиям «цифрового разрыва», поэтому устаревшие информационные технологии и неслаженная работа систем зачастую работают против цели своего внедрения.
 6. Соблюдение дисциплины пациентами при организации поточного обслуживания в отечественных поликлинических учреждениях.

Заключение

Результаты проведенного исследования перспектив и проблем внедрения концепции «Бережливая поликлиника» в практику функционирования отечественных поликлинических учреждений позволяют сделать вывод о том, что концепция «Бережливая поликлиника» призвана найти решение основных проблем, возникающих при организации работы первичного звена системы здравоохранения, и показывает высокую эффективность данной системы при введении в медицинских организациях с целью оптимизации процесса оказания медицинской помощи. Концепция «Бережливая поликлиника» в системе здравоохранения позволяет обеспечить рост производительности и эффективную командную работу персонала медицинской организации, сокращение времени ожидания в очереди пациентом, снижение затратной части и снижение количества медицинских ошибок и повышение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, а персонала медицинской организации — выполняемой работой.

Тем не менее остается ряд проблем системы здравоохранения, которые не решаются концепцией «Бережливая поликлиника»:

- недостаток медицинских специалистов;
- низкая обеспеченность медицинских организаций средствами из бюджета;
- низкий уровень заработной платы медицинских работников;
- конкурентная борьба с коммерческим сектором медицины;
- желание медицинских работников обучаться цифровым технологиям;
- соблюдение пациентами «поточной дисциплины».

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Арженцов В. Ф. Применение принципов бережливого производства в медицине. *Управление качеством в здравоохранении*. 2018;(1):14—8.
2. Вергазова Э. Бережливая поликлиника: неожиданные проблемы и как их решить. *Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза*. 2018;(3):14—25.
3. Камкин Е. Г., Вергазова Э. К., Введенский Г. Г. Создание новой модели поликлиники: от пилотного к приоритетному проекту. *Управление качеством в здравоохранении*. 2018;(1):20—4.
4. Кондратьева И. Ю., Коптева Л. Н., Переслегина И. А., Боровкова Т. А. Стратегия внедрения бережливого производства в детской поликлинике. *Медицинский альманах*. 2018;(3):10—4.
5. Taichi Ohno's Workplace Management. Gemba Press, 2007. 146 p.
6. Методические рекомендации «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» (ред. от 30.07.2019) (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_343850/d6457050cbe4ec855e5e682afaa9dde8e50fe6a (дата обращения 13.09.2020).
7. Росстат. Здравоохранение в России. 2019: статистический сборник. М., 2019. 170 с.

Поступила 12.05.2020
Принята в печать 29.07.2020

REFERENCES

1. Arzhencov V. F. Application of the principles of lean manufacturing in medicine. *Upravlenie kachestvom v zdavoohranenii*. 2018;(1):14—8 (in Russian)/
2. Vergazova E. Lean polyclinic: unexpected problems and how to solve them. *Zamestitel' glavnogo vracha: lechnaya rabota i meditsinskaya ekspertiza*. 2018;(3):14—25 (in Russian)/
3. Kamkin E. G., Vergazova E. K., Vvedenskiy G. G. Creation of a new model of a polyclinic: from a pilot to a priority project. *Upravlenie kachestvom v zdavoohranenii*. 2018;(1):20—4 (in Russian)/
4. Kondrat'eva I. Yu., Kopteva L. N., Pereslegina I. A., Borovkova T. A. A strategy for implementing lean manufacturing in a children's clinic. *Meditsinskiy al'manakh*. 2018;(3):10—4 (in Russian)/
5. Taichi Ohno's Workplace Management. Gemba Press, 2007. 146 p.
6. Metodicheskie rekomendatsii «Novaya model' medicinskoj organizatsii, okazyvayushchej pervichnyuyu mediko-sanitarnuyu pomoshch» (red. ot 30.07.2019) (utv. Ministerstvom zdavoohraneniya Rossijskoj Federacii). [Elektronnyj resurs] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_343850/d6457050cbe4ec855e5e682afaa9dde8e50fe6a (date of access 13.09.2020) (in Russian)/
7. Rosstat. Healthcare in Russia. 2019: statistical collection. Moscow, 2019. 170 p. (in Russian).