

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., здравоохр. и истории мед. 2021. Т. 29. № 1. 1—184.



Издатель:
Акционерное общество
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нецаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 10.12.2020.

Подписано в печать 11.02.2021.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.
Печ. л. 23,00. Усл. печ. л. 22,49. Уч.-изд. л. 27,89.

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

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

1

Том 29

2021

ЯНВАРЬ—ФЕВРАЛЬ

Главный редактор:

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

Заместители главного редактора:

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

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

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

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

Ответственный секретарь:

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

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

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

ВЕНДТ Сара — PhD, профессор (Флиндер, Австралия)

ВИШЛЕНКОВА Елена Анатольевна — доктор исторических наук, профессор (Москва, Россия)

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

ЕЛЮТИНА Марина Эдуардовна — д. социол. н., профессор (Саратов, 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)

РЕННЕР Андреас — PhD, профессор (Мюнхен, Германия)

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

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

ЭКЛОФ Артур Бенуа — PhD, профессор (Блумингтон, США)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

БЕРСЕНЕВА Евгения Александровна — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

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 Махмадшош 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)

ЗИНЧЕНКО Реза Абульфазовна — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

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
PudMed, OCLC Russian Academy of
Sciences Bibliographies.

www.nriph.ru

Managing editor

Scheglova T. D.

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

E-mail: ttcheglova@gmail.com

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

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

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

PROBLEMY SOTSIALNOY GIGIENY, ZDRAVOOKHRANENIYA I ISTORII MEDITSINY

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

The bimonthly theoretical and practical journal

1

Volume 29

2021

JANUARY—FEBRUARY

Editor-in-Chief:

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

Deputy Editor-in-Chief:

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

SON I. M. — MD, PhD, DSc, prof.

ZATRAVKIN S. N. — MD, PhD, DSc, prof.

ANANCHENKOVA P. I. — PhD, assistant prof.

Executive secretary:

NECHAEV V. S. — MD, PhD, DSc, prof.

EDITORIAL BOARD:

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

ALBICKY V. Yu. — MD, PhD, DSc, prof.

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

Artur Benout EKLOF — PhD, prof.

ELYUTINA M. E. — PhD, DSc, 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.

Andreas RENNEN — PhD, Habilitation, prof.

SHLIAFER S. I. — MD, PhD, DSc, prof.

Sarah WENDT — PhD, prof.

VISHLENKOVA E. A. — PhD, DSc, prof.

EDITORIAL COUNCIL:

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

Berseneva E. A. — MD, PhD, DSc, 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.

Dzumalieva G. A. — MD, PhD, DSc, prof.

Zinchenko R. 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

COVID-19

Найговзина Н. Б., Хабриев Р. У., Крашенинников А. Е., Матвеев А. В. Организационные аспекты обеспечения безопасности участников клинического исследования вакцины «Гам-КОВИД-Вак»	5
Теппоне М. Недельный цикл смертности среди пациентов с COVID-19	14
Орлов С. А., Соболев К. Э., Александрова О. Ю. Подходы к планированию медицинской инфраструктуры и коечного фонда медицинских организаций в условиях развития и распространения коронавирусной инфекции COVID-19	25
Мингазова Э. Н., Гуреев С. А., Сидоров В. В. Роль обеспеченности населения витамином D в условиях пандемии COVID-19 (обзор зарубежной литературы)	32
Лескова И. В., Зязин С. Ю. Недоверие к вакцинации как информационный вброс	37
Кулабухов Д. А., Мозговая Е. И., Волкова О. А., Ананченко П. И. Пандемия COVID-19 как фактор трансформации домашнего насилия	41
Якушин М. А., Васильева Т. П., Якушина Т. И., Яроцкий С. Ю., Полонская Л. С., Златкина Н. Е. Медико-социальная технология здоровьесбережения пожилого населения в условиях самоизоляции	46

Здоровье и общество

Савина А. А., Фейгинова С. И., Сон И. М., Вайсман Д. Ш. Динамика показателей первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации в период реализации государственных программ	52
Багаева А. М., Нашихов М. Р., Мадьянова В. В., Тоскин И. А. Сравнительная характеристика подходов к мониторингу и оценке заболеваемости псориазом в Российской Федерации и странах Европейского региона	59
Ростовская Т. К., Иванова А. Е., Князькова Е. А. Практики самосохранительного поведения россиян (результаты Всероссийского социологического исследования «Демографическое самочувствие России»)	66
Кротов И. А., Коновалов О. Е., Терлецкая Р. Н. Оценка врачами-специалистами состояния ультразвуковой диагностики в педиатрической практике	76
Малахова А. Р., Крысанов И. С., Васильева Т. П., Красильникова Е. Ю., Александрова О. Ю., Зинченко Р. А., Куцев С. И. Стоимость специализированной медицинской помощи детям при спинальной мышечной атрофии в г. Москве	80
Золотарев П. Н., Синицына А. В., Курнакина Н. В. Оценка состояния стоматологического здоровья взрослого населения в районах с низким уровнем стоматологической помощи	86
Фомина А. В., Шовкун Н. В. Взаимосвязь стоматологического здоровья детей-инвалидов с нарушениями слуха и зрения	90
Абольян Л. В., Лазарева О. Д., Гараева А. С., Хвостунов О. К. Отношение и информированность студентов медицинского вуза по вопросам репродуктивного здоровья и прегравидарной подготовки с позиций «Медицины 4П»	96
Царцидис Е. А. Общая и лор-заболеваемость студентов медицинского университета	103
Танатова Д. К., Юдина Т. Н., Королев И. В. Физическая активность и спорт в жизни старшего поколения российских городов	107
Васильева Е. В., Трегубов В. Н. Анализ диссертационных работ по лидерству	113

Реформы здравоохранения

Гришина Н. К., Перепелова О. В., Соловьева Н. Б. Реализация комплекса мероприятий, направленных на обеспечение принципа пациентоориентированности при организации платных медицинских услуг	120
Палевская С. А., Бадма-Гаряев М. С., Блашентцев М. К. Нормативно-правовое регулирование управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в условиях применения «регуляторной гильотины»	125

CONTENTS

COVID-19

Naygovzina N. B., Khabriev R. U., Krashennnikov A. E., Matveev A. V. The organizational aspects of security support of participants of clinical testing of vaccine "Gam-COVID-Vac"	5
Teppone M. The weekly cycle of mortality among patients with COVID-19	14
Orlov S. A., Sobolev K. E., Aleksandrova O. Yu. The approaches to planning of medical infrastructure and bed stock in medical organizations in conditions of development and spread of coronavirus infection COVID-19	25
Mingazova E. N., Gureev S. A., Sidorov V. V. The role of supplying population with vitamin D in conditions of COVID-19 pandemic: foreign publications review	32
Leskova I. V., Zyazin S. Yu. The lack of confidence to vaccination as information planting	37
Kulabukhov D. A., Mozgovaya E. I., Volkova O. A., Ananchenko P. I. The COVID-19 pandemic as transformation factor of domestic violence	41
Yakushin M. A., Vasilieva T. P., Yakushina T. I., Yarotsky S. Yu., Polonskaya L. S., Zlatkina N. E. The medical social technology of health preservation of elderly population in conditions of self-isolation	46

Health and Society

Savina A. A., Feiginova S. I., Son I. M., Vaisman D. Sh. The trends in primary morbidity of adult population of the Russian population during implementation of state programs	52
Bagaeva A. M., Nashkoev M. R., Madyanova V. V., Toskin I. A. The comparative characteristic of approaches to monitoring and evaluation of morbidity of psoriasis in the Russian Federation and the countries of the European region	59
Rostovskaya T. K., Ivanova A. K., Kniazkova E. A. The practice of self-preserving behavior of the citizen of the Russian Federation: the results of the All-Russian sociological study "The demographic self-feeling of Russia"	66
Krotov I. A., Konovalov O. E., Terletskeya R. N. The medical specialists' evaluation of actual status of ultrasound diagnostic in pediatric practice	76
Malakhova A. R., Krysanov I. S., Vasilieva T. P., Krasilnikova E. Yu., Aleksandrova O. Yu., Zinchenko R. A., Kutsev S. I. The cost of specialized medical care of children under spinal muscular atrophy in Moscow	80
Zolotarev P. N., Sinitsyna A. V., Kurnakina N. V. The evaluation of actual status of stomatological health of adult population in districts with lower level of stomatological care	86
Fomina A. V., Shovkun N. V. The relationship of stomatological health of disabled children with hearing and vision impairment	90
Aboliyan L. V., Lazareva O. D., Garaeva A. S., Khvostunov O. K. The attitude and awareness of students of medical university concerning issues of reproductive health and pregravid training from positions of «4P Medicine»	96
Tsartsidis E. A. The general and ENT morbidity of students of Medical University	103
Tanatova D. K., Yudina T. N., Korolev I. V. The physical activity and sport in life of elder generation of Russian cities	107
Vasilieva E. V., Tregubov V. N. The analysis of dissertations on leadership	113

Health Care Reforms

Grishina N. K., Perepelova O. V., Solovieva N. B. The implementation of complex of measures targeting support of patient-oriented principle under organization of paid medical services	120
Palevskaya S. A., Badma-Garyayev M. S., Blashentsev M. K. The normative legal regulation of quality management and medical activities security in conditions of application «regulatory guillotine»	125

<i>Зубеев П. С., Преслегина И. А., Леванов В. М., Королева Я. А., Пронина Е. Н., Хрипунов М. В.</i> Повышение роли среднего медицинского персонала при проведении дистанционных ультразвуковых исследований	130	<i>Zubeev P. S., Pereslegina I. A., Levanov V. M., Koroleva Ya. A., Pronina E. N., Khripunov M. V.</i> The increasing of role of paramedical personnel under application of remote ultrasound studies	
<i>Амлаев К. Р., Койчуева С. М.</i> Наука и инновации в рамках реализации кластерных подходов в Научно-образовательном медицинском кластере «Северо-Кавказский»	135	<i>Amlaev K. R., Koychueva S. M.</i> The science and innovations within the framework of implementation of cluster approaches in the scientific educational cluster «North Caucasian»	
<i>Агамов З. Х., Бурцев А. К., Москвичева Л. И.</i> Нормативно-правовое регулирование экспертизы качества медицинской помощи в Российской Федерации	139	<i>Agamov Z. Kh., Burtsev A. K., Moskvicheva L. I.</i> The normative legal regulation of expertise of medical care quality in the Russian Federation	
<i>Тер-Израэлян А. Ю., Костиук Г. П.</i> Современные проблемы организации психиатрической стационарзамещающей амбулаторной службы в Москве	144	<i>Ter-Israelian A. Yu., Kostiuk G. P.</i> The modern problems of organization of mental stationary substitution out-patient service in Moscow	
Образование и кадры		Education and Personnel	
<i>Волнухин А. В., Сибурина Т. А.</i> Управление профессионально-личностным потенциалом врачебных кадров	147	<i>Volnukhin A. V., Siburina T. A.</i> The management of professional personal potential of medical personnel	
История медицины		History of Medicine	
<i>Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Чалова В. В.</i> Состояние и возможности советского здравоохранения в 1960—1980-х годах	153	<i>Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A., Chalova V. V.</i> The state and possibilities of the Soviet Health Care in 1960—1980s	
<i>Самойлов А. С., Шадрин К. А., Каримова Д. Ю.</i> История развития учения о соматотипах (обзор литературы)	161	<i>Samoilov A. S., Shadrin K. A., Karimova D. Yu.</i> The history of development of doctrine of somatotypes: the publications review	
<i>Васильев К. К., Васильев Ю. К., Зинчук А. Н.</i> Начальный период деятельности медицинского факультета Императорского университета Святого Владимира и преподавание медицинской полиции	165	<i>Vasiliev K. K., Vasiliev Yu. K., Zinchuk A. N.</i> The initial period of functioning of the Medical Faculty of the Imperial University of the Saint Vladimir and teaching of medical police	
<i>Пенской В. В., Полухин О. Н., Борисов С. Н., Дмитраков Р. А.</i> Всадник на бледном коне: чума Ивана Грозного	173	<i>Penskoy V. V., Polukhin O. N., Borisov S. N., Dmitrakov R. A.</i> The horseman on pale horse: the plague of Ivan the Terrible	
<i>Сугрובה Ю. Ю., Кутя С. А., Данилина Н. И., Принцева Н. Ю., Мороз Г. А., Сугроров В. М.</i> Медицинская этика Амагуса Лузитанского	180	<i>Sugrobova Yu. Yu., Kutia S. A., Danilina N. I., Printseva N. Yu., Moroz G. A., Sugrobov V. M.</i> The medical ethics of Amatus Lusitanus	

COVID-19

© Найговзина Н. Б., Хабриев Р. У., Крашенинников А. Е., Матвеев А. В., 2021

УДК 615.15

Найговзина Н. Б.¹, Хабриев Р. У.², Крашенинников А. Е.³, Матвеев А. В.^{4,5}

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ УЧАСТНИКОВ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВАКЦИНЫ «ГАМ-КОВИД-ВАК»

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

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

³ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова», 117997, г. Москва;

⁴ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», 125993, г. Москва;

⁵Автономная некоммерческая организация «Национальный научный центр фармаконадзора», 127051, г. Москва

Пандемия COVID-19 привела к множеству последствий, среди которых экономический кризис и дополнительная нагрузка на систему здравоохранения. Создание вакцины для борьбы с возбудителем SARS-nCoV-2 стало главной задачей мировой и российской медицины и фармацевтики. Разработка и исследование эффективности и безопасности вакцин способны растянуться на много лет, что может усугубить наблюдаемый кризис. Учитывая мировой масштаб и скорость распространения пандемии, Постановлением Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 № 441 (ред. от 16.11.2020) «Об особенностях обращения лекарственных препаратов для медицинского применения, которые предназначены для применения в условиях угрозы возникновения, возникновения и ликвидации чрезвычайной ситуации и для организации оказания медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, предупреждения чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия неблагоприятных химических, биологических, радиационных факторов» вакцина «Гам-КОВИД-Вак» была зарегистрирована в особом порядке для ускоренного доступа в гражданский оборот. С целью обеспечения мониторинга безопасности данной вакцины, с учетом международного опыта, было принято решение о формировании независимого комитета по мониторингу данных об эффективности и безопасности вакцин, используемых для профилактики COVID-19. В статье приведено обоснование необходимости создания независимого комитета и внедрения подобной практики.

К л ю ч е в ы е с л о в а : вакцина; безопасность; клиническое исследование; пандемия; независимый комитет; мониторинг данных; фармаконадзор.

Для цитирования: Найговзина Н. Б., Хабриев Р. У., Крашенинников А. Е., Матвеев А. В. Организационные аспекты обеспечения безопасности участников клинического исследования вакцины «Гам-КОВИД-Вак». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):5—13. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-5-13>

Для корреспонденции: А. Е. Крашенинников, д-р фарм. наук, и. о. заведующего кафедрой фармации медико-биологического факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, e-mail: anatoly.krashennnikov@drugsafety.ru

Naygovzina N. B.¹, Khabriev R. U.², Krashennnikov A. E.³, Matveev A. V.^{4,5}

THE ORGANIZATIONAL ASPECTS OF SECURITY SUPPORT OF PARTICIPANTS OF CLINICAL TESTING OF VACCINE “GAM-COVID-VAC”

¹The State Budget Educational Institution of Higher Professional Education «The A. E. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry», 127473, Moscow, Russia;

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

³The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «N. I. Pirogov Russian National Research Medical University» Minzdrav of Russia, 117997, Moscow, Russia;

⁴The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education “The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of Minzdrav of Russia, 125445, Moscow, Russia;

⁵The Autonomous Nonprofit Organization “The National Scientific Center of the Pharmakonadzor” 127051, Moscow, Russia

The COVID-19 pandemic resulted in many aftermaths, economic crisis and extra charging of health care. The development of vaccine against SARS-nCoV-2 agent turned out as the priority task of world and Russian medicine and pharmaceuticals. The investigation of efficiency and safety of vaccines can be prolonged for many years that can aggravate the observed crisis. Having regard to the global scope and speed of pandemic spreading, the vaccine “Gam-COVID-Vac” was registered with special procedure by the Decree of the Government of the Russian Federation No. 441 of 03.04.2020 for accelerated access to civic turn-over. To monitor safety of vaccine on the basis of international experience, the decision was made to organize the independent Committee of monitoring data concerning efficacy and safety of vaccines applied to prevent COVID-19. The article presents rationale for necessity to create independent committee and to implement such a practice.

К e y w o r d s : vaccine; safety; clinical trial; COVID; independent committee; monitoring; Pharmakonadzor.

For citation: Naygovzina N. B., Khabriev R. U., Krashennnikov A. E., Matveev A. V. The organizational aspects of security support of participants of clinical testing of vaccine “Gam-COVID-Vac”. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):5—13 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-5-13>

For correspondence: Krashennnikov A. E., doctor of pharmaceutical sciences, the Acting Head of the Chair of pharmacy of the Federal State Biological Faculty of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «N. I. Pirogov Russian National Research Medical University». e-mail: anatoly.krashennnikov@drugsafety.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 13.08.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Известно, что в конце 2019 г. в городе Ухань провинции Хубэй Китайской Народной Республики (КНР) произошла вспышка новой инфекции, которая 11 февраля 2020 г. была определена Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как заболевание, вызванное ранее неизвестным вирусом SARS-CoV-2 (SARS-nCoV-2) и получившее название Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [1]. Уже 11 марта 2020 г., после распространения заболевания на территорию других стран, COVID-19 был объявлен ВОЗ глобальной пандемией [2]. SARS-CoV-2 является представителем коронавирусов [1], т. е. РНК-вирусов с относительно большим геномом (30 кБ), повсеместно персистирующих в природе. До выявления SARS-CoV-2 было известно шесть коронавирусов, способных вызывать инфекционные заболевания у человека [3].

Пандемия SARS-CoV-2 представляет собой исключительную проблему для глобального здравоохранения [4, 5]. По состоянию на 6 ноября 2020 г. подтверждено 48 534 508 случаев и 1 231 017 тысяч смертей во всем мире, причем 77% всех случаев заболевания и 82% всех летальных исходов приходится на экономику стран G20 [6, 5].

Пандемия повлекла за собой и чрезвычайно ощутимые экономические и социальные последствия: новизна SARS-CoV-2 и масштабность COVID-19 привели к кризису ведущих экономик мира. Так, по оценкам Международной организации труда (МОТ) [6], промышленное производство в странах G20 всего за 2 мес (между февралем и апрелем 2020 г.) снизилось в среднем примерно на 28%, а в период с апреля по июнь 2020 г. во всем мире было потеряно около 400 млн рабочих мест с полной занятостью. Количество занятого населения стран G20 снизилось с 10% в Австралии до 46% в Мексике. Доход, полученный работниками во всем мире, упал на 10% за первые 9 мес 2020 г., что эквивалентно потере более 3,5 трлн долларов США. Кроме того, если учесть, что в 2020 г. 1,2 млрд рабочих в странах G20 были заняты в неформальном секторе (что составляет 55% общей занятости), то из них 70%, вероятно, пострадали от кризиса COVID-19 наиболее сильно, что, по оценкам МОТ, привело к снижению их доходов на 61% [6].

Серьезность глобального экономического кризиса и угроза локальных коллапсов в национальных экономиках поставили перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным COVID-19 [1], в том числе с разработкой вакцин. Фармацевтические производители и другие организации разрабатывают вакцины-кандидаты от COVID-19 с использованием различных технологий,

включая РНК, ДНК, белковые и вирусные вакцины [4, 7]. Эти разработки проходят в настоящее время доклинические и клинические испытания [4, 7]. На начало ноября 2020 г. в Европейском союзе (ЕС) нет зарегистрированных вакцин, эффективных для профилактики COVID-19 [7]. В Руководстве Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (Food and Drug Administration, FDA) для промышленности, озаглавленном «Разработка и лицензирование вакцины для предотвращения COVID-19» [4], также подчеркивается отсутствие лицензированных FDA вакцин для предотвращения COVID-19.

В Российской Федерации две вакцины для профилактики новой коронавирусной инфекции COVID-19 у взрослых лиц от 18 до 60 лет, индуцирующие формирование гуморального и клеточного иммунитета в отношении SARS-CoV-2, зарегистрированы и одна проходит стадию клинических исследований:

— 11.08.2020 г. зарегистрирована комбинированная векторная вакцина «Гам-КОВИД-Вак», полученная биотехнологическим путем, при котором вирус SARS-CoV-2 не используется, и содержащая два компонента: рекомбинантный аденовирусный вектор на основе аденовируса человека серотипа 26, несущий ген S-белка SARS-CoV-2, и рекомбинантный аденовирусный вектор на основе аденовируса человека серотипа 5, несущий ген S-белка SARS-CoV-2, регистрационное удостоверение № ЛП-006395, получено на препарат в лекарственной форме раствора для внутримышечного введения. 25 августа 2020 г. получено регистрационное удостоверение (№ ЛП-006423) на препарат в лекарственной форме лиофилизата для приготовления раствора для внутримышечного введения.

— 13.10.2020 г. зарегистрирована вакцина «ЭпиВакКорона» [1, 8]. В основе вакцины — химически синтезированные пептидные антигены трех разных S-белков вируса SARS-CoV-2, конъюгированные с белком-носителем и адсорбированные на алюминий-содержащем адьюванте.

— В октябре инициировались клинические исследования цельновирионной вакцины, созданной в Федеральном научном центре исследований и разработки иммунобиологических препаратов имени М. П. Чумакова. В основе — вирус, который уничтожается химическим путем, блокировкой его способности к репликации.

Справедливо считают, что все вакцины, в том числе вакцины от COVID-19, должны соответствовать высоким стандартам безопасности [9, 10]. Зако-

COVID-19

нодательство Российской Федерации [11—15] предусматривает обязательный мониторинг безопасности вакцин как на этапе клинических испытаний, так и в постмаркетинговом периоде. Тем не менее международная профессиональная и научная общественность отмечает, что мировая практика фармаконадзора сегодня, в условиях ограниченных сроков разработки и многочисленности разрабатываемых ковид-вакцин, может быть недостаточно эффективной [16—18]. Регуляторными органами многих стран предложены механизмы выдачи разрешения на использование новых лекарственных препаратов, в том числе вакцин, в чрезвычайных ситуациях, при условии, что известные и потенциальные преимущества продукта перевешивают известные и потенциальные риски [4]. В этих случаях могут возникать сложности при осуществлении фармаконадзора в отношении иммунобиологических лекарственных препаратов (ИЛП) в клинических исследованиях и проведении постмаркетингового мониторинга их безопасности. Поэтому во многих странах разрабатываются новые формы совершенствования организации системы фармаконадзора. Для этапа клинических исследований, например для спонсоров (физических или юридических лиц, отвечающих за инициацию, организацию и обеспечение финансирования клинического исследования), предусмотрена возможность создания независимых комитетов по мониторингу данных (НКМД) или Data and Safety Monitoring Board (DSMB) [13, 19]. Опыт использования DSMB в разных странах мира (США, Индии, Новой Зеландии) достаточен, чтобы рекомендовать данный формат к использованию в ситуации ковид-пандемии.

Исходя из вышеизложенного, целью предпринятого исследования явилось обоснование необходимости создания независимого комитета по мониторингу данных и безопасности клинического исследования вакцины «Гам-КОВИД-Вак».

Материалы и методы

Проведен сравнительный анализ с использованием международных и отечественных нормативно-правовых актов (НПА), научных публикаций, а также публицистического материала по теме.

Результаты исследования

Поскольку вакцины для предотвращения опасных для жизни заболеваний вводятся миллионам здоровых людей, включая детей, они должны соответствовать высоким стандартам безопасности [9]. В обычных и в экстренных случаях вакцины для профилактики COVID-19 разрабатываются в соответствии с теми же регуляторными требованиями к фармацевтическому качеству, безопасности и эффективности, что и другие лекарства. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации постулирует (п. 32): «Если не существует доказанных профилактических, диагностических и терапевтических методов, или они малоэффективны, то врач на основании полученного информированного согла-

сия пациента может применять недоказанные либо совсем новые профилактические, диагностические и терапевтические меры, если по его оценке это, возможно, приведет к спасению жизни, восстановлению здоровья либо облегчению страданий. В тех случаях, когда это возможно, подобные меры должны становиться объектом специально спланированных исследований по оценке безопасности и эффективности данных мер» [10].

В России разработана и введена в действие обширная законодательная база проведения клинических исследований и реализации фармаконадзора вакцин. Так, ст. 30 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [11] предусматривает предупреждение возникновения инфекционных заболеваний средствами иммунопрофилактики, а ст. 18 того же НПА содержит требование о гарантировании безопасности лекарственных средств (ЛС). В свою очередь, ст. 30 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» [12] указывает, что установление безопасности лекарственного препарата (ЛП) для пациентов с определенным заболеванием, равно как и профилактической эффективности иммунобиологических ЛП для здоровых добровольцев, проводится в рамках клинических исследований.

НПА уточняют требования вышеприведенных федеральных законов. Так, Приказ Минздрава России от 01.04.2016 № 200н «Об утверждении правил надлежащей клинической практики» [13] дополняет, что организатор клинического исследования осуществляет постоянную оценку безопасности исследуемого ЛП, сообщает всем участвующим в клиническом исследовании исследователям, медицинским организациям и Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения обо всех серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях, а также предоставляет в Росздравнадзор периодические отчеты по безопасности исследуемого ЛП. Кроме того, «Методические рекомендации по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений после иммунизации» от 12.04.2019 г. [14] с целью мониторинга безопасности ИЛП, в том числе вакцин, предусматривают проведение мониторинга клинических симптомов в поствакцинальном периоде, которые принято называть побочными проявлениями после иммунизации (ПППИ). При этом любое неблагоприятное проявление, возникшее после иммунизации, называется ПППИ, даже если оно не имеет установленной причинно-следственной связи с самой вакциной или процессом вакцинации. Информация о ПППИ проходит по коммуникационной цепочке «медицинская организация — территориальный орган Росздравнадзора — Центральный аппарат Росздравнадзора» [14]. Функция национального надзорного органа Постановлением Правительства России от 30.06.2004 № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения» закреплена за Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Росздрав-

надзор), а Приказом Росздравнадзора от 15.02.2017 № 1071 «Об утверждении порядка осуществления фармаконадзора» определен порядок ее реализации [15].

Таким образом, любые разработанные и зарегистрированные в Государственном реестре лекарственных средств Российской Федерации вакцины для профилактики новой коронавирусной инфекции COVID-19 в клинических исследованиях и на постмаркетинговом этапе являются объектами фармаконадзора [9]. Руководство FDA для промышленности «Разработка и лицензирование вакцины для предотвращения COVID-19» [4] подчеркивает, что фармаконадзор за биопрепаратами необходим на всех этапах обращения ЛП.

Только в настоящий момент на стадии разработки находится более 169 вакцин-кандидатов против COVID-19, из которых 26 уже проходят клинические испытания, новые кандидаты-участники включаются в клинические исследования еженедельно [17, 18]. Например, рандомизированное многоцентровое двойное слепое плацебоконтролируемое клиническое исследование фазы III для оценки эффективности и безопасности адсорбированной вакцины COVID-19 (инактивированной), производимой китайской компанией SinoVac, разработавшей ранее вакцину CoronaVac, подтвердило данные клинических испытаний I—II фазы и показало достаточную безопасность и иммуногенность при двухдозовой схеме использования [3]. В фазе I исследования частота нежелательных реакций в подгруппах высоких, средних доз и плацебо составили 37,5; 25 и 8,33% соответственно. В исследовании фазы II показатели были сопоставимы. Также на сегодняшний день завершилось включение добровольцев в клиническое испытание фазы III препарата CoronaVac в Бразилии. В Германии исследование фазы I—II РНК-вакцины BNT162b1 у взрослых показало, что частота нежелательных реакций в подгруппах высоких, средних доз и плацебо составила 58,3; 50 и 11,1% соответственно [20]. Продолжаются клинические исследования III фазы для оценки эффективности, безопасности и иммуногенности вакцин производства крупнейших фармацевтических компаний: ModernaTX, Inc. (Кембридж, Массачусетс) [21], BioNTech (Pfizer) [22], AstraZeneca AB (Сёдертелье, Швеция) [23], Janssen Vaccines & Prevention BV (фармацевтическая компания Johnson & Johnson, США) [24].

Разработка вакцины традиционно представляла собой длительный процесс, который может занимать до 15 лет [17]. После успешного проведения трех фаз клинических исследований изучаемая вакцина проходит процедуру регистрации, по завершении которой проводится мониторинг ее эффективности и безопасности в условиях практического применения, т. е. IV фазы исследований [25]. Однако условия, диктуемые мировой пандемией COVID-19, определяют необходимость сокращения сроков разработки вакцин для профилактики COVID-19. Поэтому регистрация в Российской Федерации вакцин «Гам-КОВИД-Вак» и «ЭпиВакКорона», несмотря на

факт незавершенности клинического исследования фазы III, некоторым авторам кажется вполне обоснованной [1, 8]. Международная практика знает подобные примеры, и в некоторых случаях такая политика оправдана. В качестве примера можно привести историю разработки новозеландской вакцины MeNZB. В 1990-е и в 2000-е годы в Новой Зеландии была зарегистрирована эпидемия менингококковой инфекции В. Поскольку в отношении этого заболевания не существовало решения, было предложено использование инновационной вакцины везикул наружной мембраны патогенного микроорганизма. Она была испытана в Новой Зеландии на этапах клинических исследований фаз I, II и IIb, а затем была применена в группе с самым высоким риском заражения. Чтобы обеспечить безопасность использования, была реализована многогранная, интенсивная стратегия постлицензионного надзора за ПППИ. Все люди, получавшие вакцину и обращавшиеся к врачам, были обследованы на предмет возможной причастности вакцины к наблюдаемым симптомам и жалобам. Кроме того, чтобы усилить мощность оценки, часть организаций первичной медико-санитарной помощи предоставили полные данные о посещениях, чтобы можно было оценить воздействие вакцины. Это произошло почти в реальном времени и предоставило высококачественные данные, которые подтвердили профиль безопасности вакцины [17].

Современными исследователями подтверждается, что подобная ситуация может повториться и при пандемии COVID-19: вакцины будут использоваться в экстренных условиях, и жизненно важно, чтобы факты возникновения нежелательных реакций отслеживались «в режиме реального времени», по крайней мере до тех пор, пока основные риски не будут окончательно определены или исключены [17]. В практике государственного управления подобное мнение также поддерживается FDA. В руководстве «Разработка и лицензирование вакцины для предотвращения COVID-19» [4] подчеркнуто, что если известные и потенциальные преимущества продукта перевешивают известные и потенциальные риски, то может быть выдано разрешение на использование в чрезвычайных ситуациях Emergency Use Authorization (EUA). Кроме того, в Руководстве FDA отмечено, что текущий фармаконадзор за уже зарегистрированными биопрепаратами включает ускоренный сбор сообщений о серьезных нежелательных явлениях (СНЯ) и нежелательных явлениях (НЯ) вообще. При этом сведения о НЯ у всех участников исследования собираются в течение как минимум 21—28 дней после каждой вакцинации, а о СНЯ — у всех участников исследования в течение как минимум 6 мес после завершения всех этапов иммунизации.

Центр мониторинга безопасности лекарственных средств в Уппсале отмечает, что, хотя мониторинг безопасности лекарств и является одним из высших мировых приоритетов, практически повсеместно может не хватать опыта в управлении ответными мерами на пандемию, а также между различными пра-

COVID-19

вительственными органами и между экспертами в отдельных странах может отсутствовать единый взгляд на эту проблему [16]. Таким образом, мировой опыт практического фармаконадзора демонстрирует, что, в условиях COVID-19, учитывая, что вакцины против COVID-19 требуется разрабатывать в короткие сроки, существующая система фармаконадзора может быть недостаточно готовой и эффективной [17].

В законодательстве Российской Федерации определены общие правила мониторинга НЯ/СНЯ [13, 19]. В ЕС также был разработан отдельный механизм осуществления фармаконадзора в текущих эпидемиологических условиях. Так, 27.05.2020 г. European Medicines Agency (EMA), чтобы обеспечить мониторинг вакцин COVID-19 в реальном времени, заказало независимое исследование для подготовки к реальному мониторингу вакцин, эффективных для профилактики COVID-19. Агентство подписало контракт с Утрехтским университетом (Нидерланды) в качестве координатора исследовательской сети ЕС по мониторингу безопасности вакцин COVID-19 в клинической практике [7]. Чтобы зарегистрировать любую вакцину для профилактики COVID-19, EMA потребует убедительное доказательство безопасности, эффективности и качества этой вакцины, полученное в результате проведения клинических испытаний. После поступления на рынок одобренные вакцины будут тщательно контролироваться Агентством и его Комитетом по оценке рисков фармаконадзора (PRAC) в основном посредством плановых мероприятий по фармаконадзору, включая спонтанное репортирование о побочных эффектах, о которых сообщается через специализированную систему Eudravigilance [7]. Утрехтский университет будет также предоставлять дополнительную информацию из клинической практики. Исследование, проводимое по заказу EMA, будет дополнено данными международного сотрудничества по мониторингу эффективности и безопасности вакцин против COVID-19 [7].

Для этапа клинических исследований предусмотрены возможности по созданию общественных институтов кросс-функционального взаимодействия для контроля безопасности и эффективности лекарств. Так, крупнейший исследовательский подрядчик ICON заявляет, что быстро меняющаяся эпидемиологическая ситуация означает, что спонсоры клинических исследований, чтобы минимизировать риски и поддерживать безопасность участников, должны быть более бдительными и активными в определении последствий пандемии и изменения ожиданий властей [26]. В свою очередь компания Bayer отмечает, что, хотя использование данных и процессы фармаконадзора в целом остаются прежними, спрос на быструю и эффективную оценку риска, учитывая огромный масштаб и оправданную срочность, с которой человечество борется с вирусом, растет. В связи с этим своевременный анализ входящих данных и обнаружение сигналов в реальном времени имеют решающее значение. Чтобы

справиться с этими проблемами, органам фармаконадзора необходимо адаптироваться. Пути адаптации являются развитие партнерства и обмена информацией в сообществах фармаконадзора и кросс-функциональное взаимодействие, направленное на повышение безопасности и эффективности ЛП и создание независимых комитетов [27].

Правилами надлежащей клинической практики Евразийского экономического союза (утв. Решением Совета Евразийской экономической комиссии от 03.11.2016 № 79 «Об утверждении Правил надлежащей клинической практики Евразийского экономического союза»), действующими и на территории Российской Федерации, определено, что спонсор может принять решение об образовании НКМД [13]. НКМД (или Data and Safety Monitoring Board, DSMB) — независимый комитет, который может быть образован для периодического рассмотрения хода клинического исследования, данных по безопасности и/или основных параметров эффективности, а также для выработки рекомендаций спонсору о целесообразности продолжения, прекращения исследования или внесения в него изменений [13, 19]. Практика организации НКМД на этапе клинических исследований по всему миру стандартна. Каждое клиническое испытание включает независимый НКМД, который состоит из внешних экспертов в области научных исследований, клинического применения и этики, которые обязаны проверять входящие данные клинических исследований. Этот подход дает возможность проводить текущий анализ уровня безопасности, а также оценить, демонстрирует ли ЛС в клиническом испытании заявленный уровень эффективности [28, 29].

С учетом значимости и эффективности работы НКМД именно эта форма первой стала применяться в ситуации пандемии COVID-19. В США общий НКМД, созданный Национальным институтом здравоохранения (National Institutes of Health, NIH), отслеживает все фазы клинических испытаний вакцины COVID-19, включая клинические испытания, спонсируемые Moderna, Johnson & Johnson и AstraZeneca. При этом Совет по контролю за данными и безопасностью — полностью независимая от производителей группа экспертов. Основными обязанностями НКМД являются периодический анализ и оценка накопленных данных исследования на предмет НЯ и предоставление рекомендаций относительно продолжения, модификации протокола или прекращения клинических исследований. Кроме того, подобные структурные единицы сформированы и у самих спонсоров. Так, Pfizer поддерживает собственный НКМД из 5 человек [28, 29]), в других государствах, например в Индии, основан собственный Совет по мониторингу безопасности данных. Генеральный контролер по ЛС Индии (Drugs Controller General of India, DCGI) дал разрешение Индийскому институту сывороток (SII) на проведение фазы II и фазы III клинических испытаний вакцины против коронавируса, которая была разработана Оксфордским университетом. Перед фазой III клиниче-

ских испытаний вакцины SII должен будет предоставить данные о безопасности в Центральную организацию по контролю над ЛС (Central Drugs Standard Control Organisation, CDSCO), которые будут оцениваться Советом по мониторингу безопасности данных [30]. В Новой Зеландии также выражается намерение по созданию Независимого совета по мониторингу безопасности ЛС для проводимых клинических испытаний вакцин с целью профилактики COVID-19 [31].

В Российской Федерации данный опыт используется в настоящее время в отношении клинического исследования вакцины «Гам-КОВИД-Вак». Разработчиком вакцины является ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н. Ф. Гамалеи» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НИЦЭМ им. Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России). Вакцина зарегистрирована в порядке, установленном постановлением Правительства Российской Федерации от 03.04.2020 № 441 «Об особенностях обращения лекарственных препаратов для медицинского применения, которые предназначены для применения в условиях угрозы возникновения, возникновения и ликвидации чрезвычайной ситуации и для организации оказания медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, предупреждения чрезвычайных ситуаций, профилактики и лечения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, заболеваний и поражений, полученных в результате воздействия неблагоприятных химических, биологических, радиационных факторов» для ускоренного доступа на рынок препаратов, предназначенных для профилактики и лечения COVID-19. Доклиническое изучение безопасности вакцины «Гам-КОВИД-Вак» показало, что острые токсические эффекты у иммунизированных животных (мышей, кроликов, приматов — макак резусов и мармозеток, которые наиболее восприимчивы к инфекционным болезням человека) отсутствуют. Также отсутствует эффект антителозависимого усиления инфекции (ADE) — проведена серия испытаний на приматах и сирийских хомячках, т. е. видах, чувствительных к инфекции SARS-CoV-2. На доклиническом этапе также показано отсутствие алергизирующих свойств компонентов вакцины в тестах общей анафилактики и конъюнктивной пробы (использовались морские свинки альбиносы), отсутствие иммунотоксичности на клеточном и гуморальном звене, отсутствие эмбриотоксического и тератогенного эффектов у аденовирусных векторных вакцин, разработанных на платформе аденовирусных векторов (серотипов 26 и 5). Все это свидетельствует о высоком уровне безопасности вакцины. Результаты двух открытых нерандомизированных исследований вакцины «Гам-КОВИД-Вак» на основе рекомбинантных аденовирусных векторов rAd26-S и rAd5-S фаз I—II показали, что вакцина безопасна, хорошо переносится и вызывает достаточные гуморальные и клеточные иммунные ответы у 100% здоровых участников.

Исследование вакцины «Гам-КОВИД-Вак» фаз I—II в России [32] с 18 июня по 3 августа 2020 г. включало 38 здоровых взрослых участников, из них 32 испытуемых мужского пола. Большинство НЯ произошло после второй вакцинации. НЯ, которые привели бы к выходу участника из исследования, не наблюдалось. О СНЯ не сообщалось, и все участники были клинически здоровы на протяжении всего исследования [32]. Пострегистрационные меры изучения эффективности и безопасности вакцины включают проведение сравнительного многоцентрового клинического исследования с участием 40 тыс. человек, включающего оценку эпидемиологической и иммунологической эффективности и безопасности в отдаленном периоде [33]. Уже начат гражданский оборот ИЛП «Гам-КОВИД-Вак», прежде всего среди групп риска.

На основании соответствующего Положения, ФГБУ «НИЦЭМ им. Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России является учредителем Независимого комитета по мониторингу данных и безопасности (далее — Независимый комитет) в рамках проведения клинических исследований вакцины «Гам-КОВИД-Вак — комбинированной векторной вакцины для профилактики коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2». Независимый комитет был создан в сентябре 2020 г. В его составе — группа из 9 экспертов в области иммунологии, фармаконадзора, клинических исследований, биомедицины и общественного здоровья и здравоохранения, в том числе четыре академика РАН, которые используют свои экспертные знания и предоставляют рекомендации по оценке накопленных данных исследования, в том числе данных о НЯ, соблюдению протокола клинического исследования, обеспечению безопасности участников. Для проведения текущей независимой оценки безопасности и эффективности исследуемого препарата и оценки риска для участников исследования Независимый комитет рассматривает следующие вопросы:

- соблюдение клинического протокола всеми участниками клинического исследования;
 - качество данных по безопасности и эффективности проведения клинического исследования, их полноту и своевременность;
 - отдельные случаи развития НЯ, выявленных в ходе клинического исследования;
 - промежуточные кумулятивные данные о развитии НЯ для обоснования доказательства наличия рисков, связанных с использованием ЛП;
 - промежуточные кумулятивные данные для подтверждения эффективности ЛП в соответствии с заранее установленными критериями;
- По итогам заседания в своем решении Независимый комитет вправе рекомендовать:
- продолжение проведения клинического исследования;
 - приостановку или досрочное прекращение клинического исследования из-за серьезных опасений по поводу безопасности субъектов;

COVID-19

- приостановку или досрочное прекращение клинического исследования по причине того, что обозначенные цели исследования были достигнуты в соответствии с заранее установленными критериями;
- приостановку или досрочное прекращение проведения исследования на базе одного или нескольких отдельных исследовательских центров.

Спонсором и контрактной исследовательской организацией в Независимый комитет периодически представляется информация об эффективности и безопасности вакцины (статистика НЯ/СНЯ). Промежуточный отчет о безопасности исследования фазы III вакцины «Гам-КОВИД-Вак» показал соответствие представленных данных заявленному уровню эффективности и безопасности вакцины. Независимый комитет, рассмотрев промежуточные данные о НЯ/СНЯ, связанных с исследуемым ЛП, и промежуточные данные по эффективности вакцины «Гам-КОВИД-Вак», рекомендовал продолжить проведение клинического исследования.

Заключение

Полученные результаты обзорного исследования позволили заключить, что опыт создания Независимого комитета в системе фармаконадзора Российской Федерации, включающего 9 экспертов в области медицины и фармации, свидетельствует о необходимости дальнейшего развития специальных подобных кросс-межведомственных институтов по обеспечению реализации критических процессов фармаконадзора в отношении вакцин, используемых для профилактики COVID-19. Такое развитие должно включать и организацию структур фармаконадзора в клинических исследованиях, и постмаркетинговый фармаконадзор с рассмотрением вопроса о возможном их объединении. Подобная организация фармаконадзора, по мнению экспертов, может стать оптимальной для всех вакцин, обращаемых на территории России.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 9 (26.10.2020)» (утв. Минздравом России). М.; 2020.
2. Yamoah P., Alalbila T. M., Bangalee V., Oosthuizen F. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Spread and Pharmacovigilance Implications: Expert Opinion. *Drug Inf. J.* 2020 May 1;1—4.
3. Palacios R., Patiño E. G., Pirelli R. de O., Pessoa Conde M. T. R., Batista A. P., Zeng G., Xin Q., Kallas E. G., Flores J., C Ockenhouse F., Gast C. Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Phase III Clinical Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of treating Healthcare Professionals with the Adsorbed COVID-19 (Inactivated) Vaccine Manufactured by Sinovac — PROFISCOV: A structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2020;21:853.
4. Development and Licensure of Vaccines to Prevent COVID-19. Guidance for Industry. Режим доступа: <https://www.fda.gov/media/139638/download> (дата обращения 02.11.2020).
5. World Health Organization. Режим доступа: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-COVID-19---6-november-2020>
6. The impact of the COVID-19 pandemic on jobs and incomes in G20 economies. International Labour Organization. Режим доступа: https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/how-the-ilo-works/multi-lateral-system/g20/WCMS_756331/lang-en/index.htm (дата обращения 03.11.2020).
7. EMA commissions independent research to prepare for real-world monitoring of COVID-19 vaccines. European Medicines Agency. Режим доступа: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-commissions-independent-research-prepare-real-world-monitoring-covid-19-vaccines> (дата обращения 03.11.2020).
8. Государственный реестр лекарственных средств (по состоянию на 27.09.2020) (Часть 1). Режим доступа: <http://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx> (дата обращения 27.09.2020).
9. Hartmann K., Pagliusi S., Preciosoc A. Landscape analysis of pharmacovigilance and related practices among 34 vaccine manufacturers' from emerging countries. *Vaccine*. 2020 Jul 22;38(34):5490—7.
10. Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации. Принята на 18-й Генеральной ассамблее Всемирной медицинской ассоциации. Хельсинки; 1964.
11. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Режим доступа: <http://www.pravo.gov.ru>
12. Федеральный закон Российской Федерации 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». *Российская газета*. 14.04.2010, № 78.
13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.04.2016 № 200н «Об утверждении правил надлежащей клинической практики». Режим доступа: <http://www.pravo.gov.ru>
14. 14 Методические рекомендации по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений после иммунизации (утв. Минздравом России 12.04.2019). М.; 2019.
15. Приказ Росздравнадзора от 15.02.2017 № 1071 «Об утверждении порядка осуществления фармаконадзора». Режим доступа: <http://www.pravo.gov.ru>
16. Pharmacovigilance in the age of COVID-19. Uppsala Monitoring Centre: Режим доступа: <https://www.uppsalarreports.org/articles/pharmacovigilance-in-the-age-of-COVID-19/> (дата обращения 03.11.2020).
17. Petousis-Harris H. Assessing the Safety of COVID-19 Vaccines: A Primer. *Drug Saf.* 2020;6:1—6.
18. Поиск вакцины против COVID-19. ВОЗ. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines> (дата обращения 02.11.2020).
19. Правила надлежащей клинической практики Евразийского экономического союза (утв. Решением Совета Евразийской экономической комиссии от 3 ноября 2016 г. № 79). Режим доступа: <http://www.eaeunion.org/> (дата обращения 02.11.2020).
20. Mulligan M. J., Lyke K. E., Kitchin N. Исследование фазы I-II РНК-вакцины COVID-19 BNT162b1 у взрослых. *Nature*. 2020;586:589—93. doi: 10.1038/s41586-020-2639-4
21. Moderna T. X. Протокол mRNA-1273-P301, поправка 3. 2020. Режим доступа: <https://www.modernatx.com/sites/default/files/mRNA-1273-P301-Protocol.pdf> (дата обращения 02.11.2020).
22. Pfizer. PF-07302048 (вакцины COVID-19 на основе РНК BNT162) протокол C4591001. 2020. Режим доступа: https://pfizer.com-d8-prod.s3.amazonaws.com/2020-09/C4591001_Clinical_Protocol.pdf (дата обращения 02.11.2020).
23. AstraZeneca. Протокол клинического исследования — поправка 2 AZD1222-D8110C00001. 2020. Режим доступа: https://s3.amazonaws.com/ctr-med-7111/D8110C00001/52bec400-80f6-4c1b-8791-0483923d0867/c8070a4e-6a9d-46f9-8c32-cece903592b9/D8110C00001_CSP-v2.pdf (дата обращения 02.11.2020).
24. Janssen Vaccines and Prevention. VAC31518 (JNJ-78436735) клинический протокол VAC31518COV3001, поправка 1. 2020. Режим доступа: <https://www.jnj.com/coronavirus/COVID-19-phase-3-study-clinical-protocol> (дата обращения 02.11.2020).
25. Никитюк Н. Ф., Горбунов М. А., Икоев В. Н., Обухов Ю. И. Основные подходы к организации и проведению клинических исследований вакцинных препаратов. *Медицинский альманах*. 2012;(3). Режим доступа: <https://cyberlenin.ka.ru/article/n/osnovnye-podhody-k-organizatsii-i-provedeniyu-klinicheskikh-issledovaniy-vaktsinnyh-preparatov> (дата обращения 02.11.2020).
26. The impact of COVID-19 on pharmacovigilance. Режим доступа: <https://www.iconplc.com/insights/blog/2020/04/29/the-impact-of-COVID-19-on-pharmacovigilance/> (дата обращения 03.11.2020).

27. Pharmacovigilance: Steadying the Ship Through the COVID-19 Storm. Pharma Board-room. Режим доступа: <https://pharmaboardroom.com/articles/pharmacovigilance-steadying-the-ship-through-the-COVID-19-storm/> (дата обращения 03.11.2020).
 28. Data and Safety Monitoring Board (DSMB) Guidelines. International Labour Organization. Режим доступа: <https://www.nidcr.nih.gov/research/human-subjects-research/toolkit-and-education-materials/interventional-studies/data-and-safety-monitoring-board-guidelines> (дата обращения 03.11.2020).
 29. Harrison N. R., Kroetsch A., Bleser W., Romine M., McClellan M. COVID-19 Vaccines: Ensuring Regulatory and Scientific Integrity During the Approval Process (October 22, 2020). Center for Health Policy Duke-Margolis. Режим доступа: https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/2020-10/COVID-19%20Vaccines%20-%20Regulatory%20and%20Scientific%20Credibility%20Final_2.pdf (дата обращения 03.11.2020).
 30. DCGI gives permission to SII-Oxford COVID-19 vaccine for phase 2, 3 clinical trials in India. Pharmacovigilance. Режим доступа: <https://allaboutpharmacovigilance.org/dcgi-gives-permission-to-sii-oxford-COVID-19-vaccine-for-phase-2-3-clinical-trials-in-india/> (дата обращения 03.11.2020).
 31. COVID-19 vaccine safety — are vital steps being skipped? University of Auckland. Режим доступа: <https://www.auckland.ac.nz/en/news/2020/05/13/COVID-19-vaccine-safety.html> (дата обращения 03.11.2020).
 32. Logunov D. Y., Dolzhikova I. V., Zubkova O. V. Safety and immunogenicity of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine in two formulations: two open, non-randomised phase 1/2 studies from Russia. *Lancet*. 2020;5:23—30.
 33. Протокол клинического исследования «Рандомизированное двойное слепое плацебоконтролируемое многоцентровое клиническое исследование эффективности, иммуногенности и безопасности комбинированной векторной вакцины ГамКОВИД-Вак в параллельных группах в профилактике коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2». Реестр Клинических исследований 04-Гам-КОВИД-Вак-2020. Режим доступа: <https://clinline.ru/reestr-klinicheskikh-issledovaniy/450-25.08.2020.html> (дата обращения 02.11.2020).
- Поступила 13.08.2020
Принята в печать 29.10.2020
- ### REFERENCES
1. Interim guidelines “Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infection (COVID-19). Version 9 (26.10.2020)” (approved by the Ministry of Health of Russia). Moscow; 2020 (in Russian).
 2. Yamoah P., Alalbila T. M., Bangalee V., Oosthuizen F. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Spread and Pharmacovigilance Implications: Expert Opinion. *Drug Inf. J.* 2020 May 1;1—4.
 3. Palacios R., Patiño E. G., Piorelli R. de O., Pessoa Conde M. T. R., Batista A. P., Zeng G., Xin Q., Kallas E. G., Flores J., C Ockenhouse F., Gast C. Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Phase III Clinical Trial to Evaluate the Efficacy and Safety of treating Healthcare Professionals with the Adsorbed COVID-19 (Inactivated) Vaccine Manufactured by Sinovac — PROFISCOV: A structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2020;21:853.
 4. Development and Licensure of Vaccines to Prevent COVID-19. Guidance for Industry. Available at: <https://www.fda.gov/media/139638/download> (accessed 02.11.2020).
 5. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-COVID-19---6-november-2020>
 6. The impact of the COVID-19 pandemic on jobs and incomes in G20 economies. International Labor Organization. Available at: https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/how-the-ilo-works/multilateral-system/g20/WCMS_756331/lang-en/index.htm (accessed 03.11.2020).
 7. EMA commissions independent research to prepare for real-world monitoring of COVID-19 vaccines. European Medicines Agency. Available at: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-commissions-independent-research-prepare-real-world-monitoring-COVID-19-vaccines>, (accessed 03.11.2020).
 8. State Register of Medicines (as of September 27, 2020) (Part 1). Available at: <http://grls.rosminzdrav.ru/grls.aspx> (accessed 27.09.2020) (in Russian)
 9. Hartmann K., Pagliusi S., Preciosoc A. Landscape analysis of pharmacovigilance and related practices among 34 vaccine manufacturers’ from emerging countries. *Vaccine*. 2020 Jul 22;38(34):5490—7.
 10. Declaration of Helsinki by the World Medical Association. Adopted by the 18th General Assembly of the World Medical Association. Helsinki; 1964.
 11. Federal Law «On the Basics of Health Protection of Citizens in the Russian Federation» dated 21.11.2011 N 323-FZ. Available at: <http://www.pravo.gov.ru> (in Russian).
 12. Federal Law of the Russian Federation 61-FZ «On the Circulation of Medicines». *Rossiyskaya Gazeta*. N 78. 04.14.2010 (in Russian).
 13. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of April 1, 2016 No. 200n “On the approval of the rules of good clinical practice”. Available at: <http://www.pravo.gov.ru> (in Russian).
 14. Guidelines for the detection, investigation and prevention of side effects after immunization (approved by the Ministry of Health of Russia on 12.04.2019). Moscow; 2019 (in Russian).
 15. Order of Roszdravnadzor No. 1071 dated February 15, 2017 “On approval of the procedure for pharmacovigilance”. Available at: <http://www.pravo.gov.ru> (in Russian).
 16. Pharmacovigilance in the age of COVID-19. Uppsala Monitoring Center. Available at: <https://www.uppsalareports.org/articles/pharmacovigilance-in-the-age-of-COVID-19/> (accessed 03.11.2020).
 17. Petousis-Harris H. Assessing the Safety of COVID-19 Vaccines: A Primer. *Drug Saf.* 2020;6:1—6.
 18. Search for a vaccine against COVID-19. WHO. Available at: <https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/COVID-19-vaccines> (accessed 02.11.2020).
 19. Rules of Good Clinical Practice of the Eurasian Economic Union (approved by the Decision of the Council of the Eurasian Economic Commission dated November 3, 2016 No. 79). Available at: <http://www.eaeunion.org/>
 20. Mulligan M. J., Lyke K. E., Kitchin N. Phase I / II study of COVID-19 BNT162b1 RNA vaccine in adults. *Nature*. 2020;586:589—93. doi: 10.1038/s41586-020-2639-4
 21. Moderna T. X. mRNA-1273-P301 Protocol Amendment 3. 2020. Available at: <https://www.modernatx.com/sites/default/files/mRNA-1273-P301-Protocol.pdf> (accessed 02.11.2020).
 22. Pfizer. PF-07302048 (COVID-19 vaccine based on BNT162 RNA) protocol C4591001. 2020. Available at: https://pfe-pfizercom-d8-prod.s3.amazonaws.com/2020-09/C4591001_Clinical_Protocol.pdf (accessed 02.11.2020).
 23. AstraZeneca. Clinical Study Protocol — Amendment 2 AZD1222-D8110C00001. 2020. Available at: https://s3.amazonaws.com/ctrmed-7111/D8110C00001/52bec400-80f6-4c1b-8791-0483923d0867/c8070a4e-6a9d-46f9-8c32-cece903592b9/D8110C00001_CSP-v2.pdf
 24. Janssen Vaccines and Prevention. VAC31518 (JNJ-78436735) Clinical Protocol VAC31518COV3001, Amendment 1.2020. Available at: <https://www.jnj.com/coronavir>
 25. Nikityuk N. F., Gorbunov M. A., Ikoev V. N., Obukhov Yu. I. Basic approaches to the organization and conduct of clinical trials of vaccine preparations. *Medical almanac*. 2012;(3). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/osnovnye-podhody-k-organizatsii-i-provedeniyu-klinicheskikh-issledovaniy-vaktsinnyh-preparatov> (accessed 02.11.2020).
 26. The impact of COVID-19 on pharmacovigilance. Available at: <https://www.iconplc.com/insights/blog/2020/04/29/the-impact-of-COVID-19-on-pharmacovigilance/> (accessed 03.11.2020).
 27. Pharmacovigilance: Steadying the Ship Through the COVID-19 Storm. Pharma Board-room. Available at: <https://pharmaboardroom.com/articles/pharmacovigilance-steadying-the-ship-through-the-COVID-19-storm/> (accessed 03.11.2020).
 28. Data and Safety Monitoring Board (DSMB) Guidelines. International Labor Organization. Available at: <https://www.nidcr.nih.gov/research/human-subjects-research/toolkit-and-education-materials/interventional-studies/data-and-safety-monitoring-board-guidelines> (дата обращения 03.11.2020).

COVID-19

- search/human-subjects-research/toolkit-and-education-materials/interventional-studies/data-and-safety-monitoring-board-guide-lines (accessed 03.11.2020).
29. Harrison N. R., Kroetsch A., Bleser W., Romine M., McClellan M. COVID-19 Vaccines: Ensuring Regulatory and Scientific Integrity During the Approval Process (October 22, 2020). Center for Health Policy Duke-Margolis. Available at: https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/2020-10/COVID-19%20Vaccines%20-%20Regulatory%20and%20Scientific%20Credibility%20Final_2.pdf (accessed 03.11.2020).
 30. DCGI gives permission to SII-Oxford COVID-19 vaccine for phase 2, 3 clinical trials in India. Pharmacovigilance. Available at: <https://allaboutpharmacovigilance.org/dcgi-gives-permission-to-sii-oxford-covid-19-vaccine-for-phase-2-3-clinical-trials-in-india/> (accessed 03.11.2020).
 31. COVID-19 vaccine safety — are vital steps being skipped? University of Auckland. Available at: <https://www.auckland.ac.nz/en/news/2020/05/13/COVID-19-vaccine-safety.html> (accessed 03.11.2020).
 32. Logunov D. Y., Dolzhikova I. V., Zubkova O. V. Safety and immunogenicity of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine in two formulations: two open, non-randomized phase 1/2 studies from Russia. *Lancet*. 2020;5:23—30.
 33. Clinical study protocol «Randomized double-blind, placebo-controlled multicenter clinical study of the efficacy, immunogenicity and safety of the combined vector vaccine GamCOVID-Vac in parallel groups in the prevention of coronavirus infection caused by the SARSCoV-2 virus». Clinical Research Register 04-Gam-COVID-Vac. 2020. Available at: <https://clinline.ru/reestr-klinicheskikh-issledovanij/450-25.08.2020.html> (accessed 02.11.2020).

© Теппоне М., 2021
УДК 614.2**Теппоне М.****НЕДЕЛЬНЫЙ ЦИКЛ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19**

Nano City Holdings Berhad, N 1, Jalan Sungai Jeluh 32/192, Shah Alam, 40460, Selangor, Malaysia

Исследован недельный цикл смертности пациентов с COVID-19. Данные о смертности, полученные с информационного портала Worldometer, проанализированы путем сравнения абсолютных цифр, процентов и t-критерия Стьюдента.

Среди жертв COVID-19 выявлено периодическое снижение смертности, соответствующее недельному циклу, причем в большинстве случаев самая низкая смертность была в воскресенье и в понедельник.

Можно предположить, что снижение смертности в воскресенье и понедельник связано с оптимальным лечебным протоколом, используемым в эти «благоприятные дни» недели. Изучение особенностей лечебных мероприятий, применявшихся в «благоприятные дни», и распространение оптимизированного протокола лечения на остальные дни недели должно сократить смертность от COVID-19 в целом.

Ключевые слова: COVID-19; пандемия; недельный цикл смертности.

Для цитирования: Теппоне М. Недельный цикл смертности среди пациентов с COVID-19. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):14–24. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-14-24>

Для корреспонденции: Михаил Теппоне, медицинский директор, Nano City Holdings Berhad, e-mail: mikhail.teppone@gmail.com

Teppone M.**THE WEEKLY CYCLE OF MORTALITY AMONG PATIENTS WITH COVID-19**

Nano City Holdings Berhad, N 1, Jalan Sungai Jeluh 32/192, Shah Alam, 40460, Selangor, Malaysia

The statistical data on mortality due to COVID-19 has been studied. The weekly cycle of mortality was established. Presumably, the decreased mortality on particular days of the week related to optimized treatment protocols applied on the «favorable days». If the factors reducing mortality on particular days of the week could be identified, their positive effect should be applied to other days of the week to decrease mortality among patients with COVID-19.

Keywords: COVID-19

For citation: Teppone M. The weekly cycle of mortality among patients with COVID-19. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):14–24 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-14-24>

For correspondence: Teppone M., the Medical Director, Nano City Holdings Berhad. e-mail: mikhail.teppone@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 18.08.2020
Accepted 29.10.2020**Введение**

Вспышка нового острого респираторного заболевания, вызванного вирусом SARS-CoV-2, является первой задокументированной пандемией коронавируса в истории человечества. [1] На основании анализа динамики пандемии можно предположить, что первый пациент, инфицированный SARS-CoV-2, появился в Китае примерно в октябре или ноябре 2019 г., т. е. как минимум за 1—2 мес до того как история о рынке морепродуктов в Ухане стала известной всему миру [2]. Вероятно, рынок в Ухане был не местом появления нового вируса, а местом, где вирус SARS-CoV-2 передавался от ранее инфицированных носителей к новым жертвам [3]. Согласно оценке динамики эпидемических волн, основанной на математической модели процессов распространения инфекционных заболеваний, пандемия COVID-19, вероятно, началась в августе 2019 г. [4]. Таким образом, источник SARS-CoV-2 нуждается в уточнении.

Первые диагностические тесты, позволяющие выявить людей, зараженных вирусом SARS-CoV-2, были разработаны в начале января 2020 г. [2]. С это-

го времени появилась уникальная возможность анализировать подробные статистические данные, относящиеся к новому заболеванию [5].

1. Подготовка к пандемии и объявление пандемии COVID-19

В первом отчете, представленном группой экспертов из Имперского колледжа в Лондоне, сообщалось о 41 подтвержденном случае COVID-19 с двумя летальными исходами. Расчетное число инфицированных приближалось к 2000 [6], следовательно, расчетная смертность составила 0,12%. Во втором отчете, представленном той же группой экспертов, было 440 подтвержденных случаев с 9 летальными исходами. Расчетное число инфицированных людей достигло 4000 [7]. Расчетная смертность от нового вируса составила 0,23%.

В январе 2020 г. в Давосе прошел 50-й Всемирный экономический форум. При обсуждении темы о новом вирусе ведущие специалисты по разработке вакцин призвали весь мир объединиться в борьбе с надвигающимся опасным заболеванием [8]. Разработчики вакцин из России поддержали своих зарубежных коллег [9].

COVID-19

11 марта 2020 г. Генеральный директор ВОЗ заявил: «За последние две недели число случаев заболевания COVID-19 за пределами Китая увеличилось в 13 раз, а число затронутых распространением вируса стран — втрое. <...> Поэтому мы делаем вывод, что распространение COVID-19 можно охарактеризовать как пандемию» [10].

16 марта 2020 г. Генеральный директор ВОЗ призвал все страны включиться в активное выявление зараженных SARS-CoV-2, утверждая: «Тестировать, тестировать и еще раз тестировать» [11].

За несколько часов до этого в Англии был опубликован отчет Нила Фергюсона из Императорского колледжа в Лондоне, прогностировавший высокую смертность от нового инфекционного заболевания [12]. Однако 19 августа 2020 г. правительство Англии заявило, что новый вирус не относится к особо опасным инфекционным заболеваниям [13].

Дальнейшие исследования определили уровень смертности среди людей, инфицированных SARS-CoV-2, как не превышающий 1%, который может варьировать в диапазоне 0,3—0,5% [14, 15]. Парадоксально то, что чем больше будет проведено тестов на COVID-19 и чем больше получено положительных результатов, тем меньше показатель смертности от данного заболевания, тем менее оправданно введение многочисленных ограничений. Как оказалось позже, полимеразная цепная реакция имеет множество ограничений и неточностей, снижающих диагностическую значимость этого теста [16]. По мнению экспертов Болгарской ассоциации врачей, использование полимеразной цепной реакции для диагностики COVID-19 лишено смысла и научного обоснования [17].

2. Парадоксы медицины и вызовы, предъявляемые к ней, во время пандемии COVID-19

Можно предположить, что каждый человек по мере взросления и старения, обретения жизненного опыта и профессиональных знаний, должен становиться мудрее и, следовательно, здоровее. В древности считалось, что если человек умирает в возрасте 100 лет, будучи физически здоровым, то это отражает мудрость старца и божественное благословение [18]. Однако мудрость древних не стала нормой для многих.

Анализ исторических фактов позволяет утверждать, что медицина всегда была эффективной и научной [19]. Накопленные знания прежних поколений могли бы помочь устранить любые проблемы, решенные в прошлом. Но игнорирование опыта наших предшественников приводит к тому, что количество больных не уменьшается.

Известно, что при лихорадочных заболеваниях действуют два ведущих механизма, приводящих к повышению температуры: увеличение теплопродукции и снижение теплоотдачи [20]. В Древнем Китае механизм возникновения лихорадки диагностировали на основании наличия или отсутствия жажды, пототделения, озноба или ощущения жара, а выбор

индивидуального лечения определялся типом лихорадки. Поэтому было бы логично использовать ибупрофен и парацетамол дифференцированно, с учетом их механизма лечебного действия. Тем не менее в научных статьях отсутствует рациональное объяснение назначению этих средств, но даются лишь эмпирические рекомендации по сочетанному или последовательному использованию популярных лекарств [21].

Около 1800 лет назад доктор Чжан Чжунцин разработал общую теорию острых инфекционных заболеваний [22], которая известна современному врачу в упрощенном виде как теория общего адаптационного синдрома Ганса Селье [23]. При заболеваниях с высокой температурой, с осложненным течением, с развитием иммунодефицита и геморрагического синдрома в древности рекомендовалось использовать модифицированный вариант этой теории, важным лечебным компонентом которой являлся отвар из вайды красильной (*Isatis tinctoria*) [24]. В марте 2020 г. томские биологи уже предлагали использовать экстракт из листьев и корней вайды красильной для лечения коронавируса [25]. Высокая противовирусная и противомикробная активность этого растения была подтверждена результатами исследований, проведенных Государственным научным центром вирусологии и биотехнологии «Вектор» [26], но лекарство из вайды не попало в клиническую практику.

С начала пандемии COVID-19 было известно, что ключевым патогенетическим звеном этого заболевания, особенно у пациентов старше 65 лет, является Т-клеточный иммунодефицит, вызванный повреждением или атрофией тимуса [27—29]. Прогностически неблагоприятными признаками при COVID-19 были снижение количества лимфоцитов в целом, снижение субпопуляций Т-лимфоцитов (CD4+, CD8+) [30], нарушение функции В-лимфоцитов и дисрегуляция выработки иммуноглобулинов М и G [31]. Высказывалось опасение, что в связи с атрофией тимуса вакцинация не будет эффективной в основной группе риска, т. е. у пациентов старше 60—65 лет [32]. Поэтому было бы логично воспользоваться экстрактом из тимуса, предложенным более 130 лет назад доктором Леонардом Вулдриджем, назвавшим новый метод профилактики инфекционных заболеваний химической вакцинацией [33].

В настоящее время в Китае при иммунодефицитных состояниях используется синтетический аналог одного из гормонов тимуса (тимозин- α 1). Включение тимозина- α 1 в комплексное лечение больных с тяжелым течением COVID-19 привело к увеличению общего числа лимфоцитов и субпопуляций Т-лимфоцитов (CD8+, CD4+), а также к снижению смертности в группе исследования [34]. В России в течение многих лет при иммунодефицитных состояниях используются экстракты из тимуса крупного рогатого скота (тималин, Т-активин и др.) [35] и уже опубликованы первые клинические случаи эффективного применения тималина при тяжелом течении COVID-19 [36]. В марте 2020 г. в Малайзии начался подготови-

тельный этап проекта по использованию органоспецифических нанопептидов, включая пептиды из тимуса, легких, почек и сердца, для реабилитации людей, переболевших COVID-19. Таким образом, высказываемые ранее опасения об опасности использования иммуномодуляторов при COVID-19 оказались преувеличенными [9].

3. Всемирные клинические испытания, вызванные пандемией COVID-19

С первых дней вспышки новой коронавирусной инфекции стало ясно, что стандартный подход к лечению, ориентированный на определенную болезнь, который успешно справлялся с решением задачи по стабилизации симптомов, имеющих при хронических заболеваниях, имеет ограниченные возможности в случае появления нового острого вирусного заболевания. Это связано с тем, что *острое заболевание* не является стабильным патологическим состоянием, но имеет определенные фазы, каждая из которых требует использования определенных лекарственных средств и ухода за больным. Было бы нелогично искать лекарство для лечения COVID-19 в целом, но для лечения каждой фазы заболевания следует подбирать соответствующую группу лекарств, эффективных для исследуемой фазы, с учетом особенностей протекания заболевания у конкретного пациента.

В связи с тем что COVID-19 является *новым заболеванием*, перед здравоохранением всего мира встала задача проведения новых клинических испытаний, чтобы найти лекарственные препараты, которые были бы безопасными и эффективными в лечении COVID-19 и сопутствующих заболеваний. После объявления пандемии все пациенты, инфицированные SARS-CoV-2, были автоматически переведены в группу участников клинических испытаний, причем самых обширных за всю историю человечества. Эффективность этих испытаний можно проанализировать на основании глобальной и местной статистики.

4. Недельный цикл смертности от COVID-19

На графике ежедневной смертности от COVID-19, представленной на сайте Worldometer [5], периодическое снижение смертности в опреде-

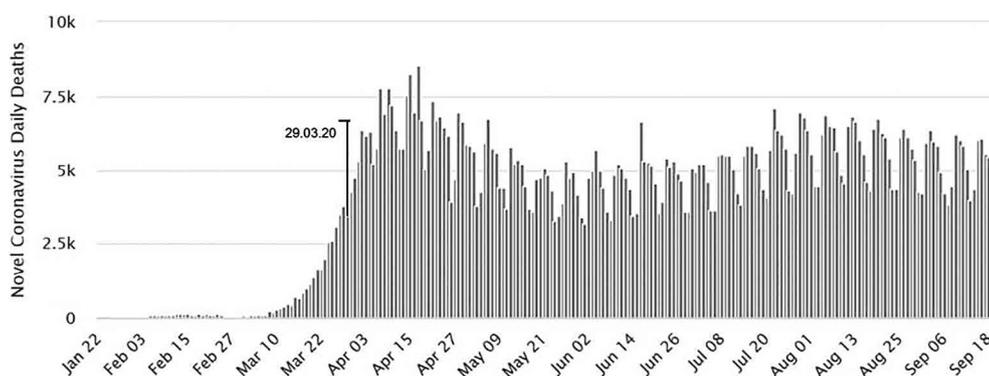


Рис. 1. Ежедневная смертность от COVID-19 во всем мире (22.01.2020—20.09.2020). На рисунке отмечена дата 29.03.2020, с которой связано проведение текущих исследований [5].

ленные дни недели отображается визуально (рис. 1). Этот цикл имеет некоторые особенности в отдельных странах [37], но его основная тенденция заключается в снижении смертности по выходным дням или дням, близким к выходным [38].

4.1. *Материалы и методы.* Обработка данных, опубликованных на сайте Worldometer, была разделена на две части: в первой части проведено изучение смертности в определенные дни недели по всему миру, во второй — в определенные дни недели в странах с наибольшей смертностью от COVID-19.

В первоначальном исследовании было проанализировано 27 нед (26.01.2020—01.08.2020). Сравнение смертности в определенные дни недели проведено в абсолютных цифрах и в процентах. Сравнение смертности между определенными днями недели проведено с использованием *t*-критерия Стьюдента. Если величина доверительной вероятности (*p*) была $<0,001$, например 0,0005 или 0,00005, то она представлена в результатах исследования как $p < 0,001$.

Дополнительно использовался коэффициент высокой/низкой смертности (ВНС), получаемый от деления числа больных, умерших в день с самой высокой смертностью, на число больных, умерших в день с самой низкой смертностью.

Результаты. В течение исследуемого периода, во всем мире от COVID-19 умерли 688 250 человек: 74 698 (10,85%) умерли по воскресеньям, 76 629 (11,13%) по понедельникам, 107 694 (15,65%) по вторникам, 111 544 (16,21%) по средам, 110 028 (15,98%) по четвергам, 109 233 (15,87%) по пятницам и 98 424 (14,30%) по субботам.

Коэффициент ВНС, полученный путем деления числа людей, умерших по средам (111 544), на число людей, умерших по воскресеньям (74 698), был равен 1,493.

4.2. *Материалы и методы.* В следующем исследовании было проанализировано 18 нед (29.03.2020—01.08.2020). Ограничение периода исследования позволило частично устранить влияние изменений числа ежедневных смертей, связанных с экспоненциальным ростом смертности в начальной фазе пандемии (см. рис. 1).

Результаты. В течение исследуемого периода во всем мире от COVID-19 умерли 656 362 человека: 71 615 (10,91%) по воскресеньям, 73 406 (11,18%) по понедельникам, 103 632 (15,79%) по вторникам, 107 141 (16,32%) по средам, 105 089 (16,01%) по четвергам, 103 364 (15,75%) по пятницам и 92 115 (14,04%) по субботам (табл. 1). Коэффициент ВНС равен 1,496.

4.3. *Материалы и методы.* Сравнение глобальной суточной смертности между различными днями недели за исследуемый период

COVID-19

Таблица 1

Глобальная смертность от COVID-19 в разные дни недели (29.03.2020—01.08.2020)

Показатель	Всего	Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота
n, абс.	656 362	71 615	73 406	103 632	107 141	105 089	103 364	92 115
Среднее		3979	4078	5757	5952	5838	5742	5118
SD		±695	±817	±1,084	±998	±789	±993	±829
%	100	10,91	11,18	15,79	16,32	16,01	15,75	14,04

(29.03.2020—01.08.2020) проведено с использованием *t*-критерия Стьюдента.

Результаты. Глобальная суточная смертность по воскресеньям и понедельникам была меньше глобальной суточной смертности по вторникам, средам, четвергам, пятницам и субботам; указанные различия достоверны ($p < 0,001$).

Обсуждение. Если бы низкая смертность в воскресенье была связана с какими-либо проблемами, обусловленными регистрацией умерших больных в воскресенье, можно было бы ожидать, что все не зарегистрированные случаи умерших в воскресенье были добавлены к числу умерших в понедельник. В этом случае число умерших по понедельникам должно быть не меньше, чем в другие дни недели. Однако в действительности число смертей по понедельникам было почти таким же низким, как и по воскресеньям. Разница между количеством умерших пациентов по воскресеньям и понедельникам не достоверна ($p > 0,05$).

Заключение. Согласно мировой статистике, для пациентов, страдающих COVID-19, самыми благоприятными днями недели были воскресенье и понедельник.

5. Недельный цикл смертности от COVID-19 в отдельных странах

Глобальная тенденция, которую можно назвать «Недельный цикл смертности», выявлена в странах с высокой смертностью от COVID-19, включая Англию, Бразилию, Германию, Мексику, Соединенные Штаты Америки, Россию и Чили.

В этих странах дни недели с самой низкой смертностью могли варьировать, но они, как правило, повторяли всемирную тенденцию и приходились на воскресенье или понедельник.

Поскольку даты появления первых больных с COVID-19 в странах различались, для каждой страны анализируемые недели также были разными. Однако все анализируемые периоды начинались с воскресенья и заканчивались субботой.

Материалы и методы. Проведено сравнение смертности от COVID-19 в определенные дни недели в отдельных странах с использованием абсолютных значений, процентов и коэффициента ВНС.

Результаты. Сравнение смертности от COVID-19 в определенные дни недели показало, что в США, Бразилии, Англии и России самая низкая смертность была по воскресеньям и понедельникам, в Мексике и Чили — по вторникам и понедельникам, в Германии — по воскресеньям и субботам. Самый высокий коэффициент ВНС наблюдался в Чили, а самый низкий — в России (табл. 2).

Заключение. Для пациентов, страдающих COVID-19, самыми благоприятными днями недели в основном были суббота, воскресенье, понедельник и вторник.

6. «Защитный эффект воскресенья» и «защитный эффект понедельника»

Среди пациентов с COVID-19 было несколько комбинаций дней с низкой смертностью, но наиболее распространенными являются воскресенье и понедельник. Это уникальное явление можно назвать «защитным эффектом воскресенья» и «защитным эффектом понедельника».

В некоторых странах анализ суточной смертности в июле 2020 г. выявляет стабильный недельный цикл с одним и тем же благоприятным днем, например воскресеньем в США (рис. 2) или понедельником в Англии (рис. 3). В других странах наиболее безопасные дни могут чередоваться, попадая или на воскресенье, или на понедельник, например в России (рис. 4).

Таблица 2

Смертность от COVID-19 в разные дни недели (данные собраны 10 августа 2020 г.)

Показатель	США	Бразилия	Мексика	Англия	Россия	Чили	Германия
Дата	29.03—01.08	26.04—01.08	19.04—01.08	29.03—01.08	26.04—01.08	17.05—01.08	29.03—23.05
Всего, абс.	155 115	89 571	46 142	44 670	13 377	8496	7933
ВНС	1,99	2,09	2,31	2,06	1,57	2,70	2,18
Воскресенье	13 825	7398	5425	4041	1499	1354	698
	8,91%	8,26%	11,76%	9,05%	11,20%	15,94%	8,80%
Понедельник	16 024	9153	3704	3646	1414	719	1165
	10,33%	10,22%	8,03%	8,16%	10,57%	8,46%	14,70%
Вторник	27 178	15 378	4598	8333	2093	552	1.337
	17,52%	17,17%	9,96%	18,65%	15,64%	6,50%	16,85%
Среда	27 525	15 161	8441	7598	2204	1360	1521
	17,74%	16,93%	18,29%	17,01%	16,48%	16,01%	19,17%
Четверг	25 638	15 498	8548	6834	1966	1490	1321
	16,53%	17,30%	18,52%	15,30%	14,70%	17,54%	16,65%
Пятница	24 302	14 423	7847	7723	2224	1448	1129
	15,67%	16,1%	17,01%	17,29%	16,63%	17,04%	14,23%
Суббота	20 623	12 560	7579	6495	1977	1573	762
	13,3%	14,02%	16,43%	14,54%	14,78%	18,51%	9,60%

6.1. «Защитный эффект воскресенья» обнаружен в США, Бразилии и Германии

Материалы и методы. Проведено сравнение суточной смертности в разные дни недели с использованием *t*-критерия Стьюдента.

США (29.03.2020—01.08.2020): по воскресеньям суточная смертность меньше, чем по вторникам, средам ($p<0,001$), четвергам, пятницам ($p<0,005$) и субботам ($p<0,05$). По понедельникам суточная смертность меньше, чем по средам ($p<0,005$), вторникам, четвергам ($p<0,01$) и пятницам ($p<0,05$).

Бразилия (26.04.2020—01.08.2020): по воскресеньям суточная смертность меньше, чем по вторникам, средам, четвергам, пятницам, субботам ($p<0,001$) и понедельникам ($p<0,05$). По понедельни-

кам суточная смертность меньше, чем по вторникам, средам, четвергам, пятницам ($p<0,001$) и субботам ($p<0,05$).

Германия (29.03.2020—23.05.2020): по воскресеньям суточная смертность меньше, чем по понедельникам, вторникам, средам и четвергам ($p<0,05$). По субботам суточная смертность меньше, чем по средам ($p<0,05$).

6.2. «Защитный эффект понедельника» обнаружен в Англии, Мексике, России

Материалы и методы. Проведено сравнение суточной смертности в разные дни недели с использованием *t*-критерия Стьюдента.

Результаты. Англия (29.03.2020—01.08.2020): по понедельникам суточная смертность меньше, чем по вторникам, средам и пятницам ($p<0,05$). По воскресеньям суточная смертность меньше, чем по вторникам и средам ($p<0,05$).

Мексика (19.04.2020—01.08.2020): по понедельникам суточная смертность меньше, чем по средам, четвергам, пятницам и субботам ($p<0,005$). По вторникам суточная смертность меньше, чем по средам, четвергам, пятницам и субботам ($p<0,05$). По воскресеньям суточная смертность меньше, чем по средам и четвергам ($p<0,05$).

Россия (26.04.2020—01.08.2020): по понедельникам суточная смертность меньше, чем по вторникам, средам, пятницам ($p<0,001$), четвергам ($p<0,005$) и субботам ($p<0,05$). По воскресеньям суточная смертность меньше, чем по средам, пятницам ($p<0,001$), вторникам ($p<0,005$), четвергам и субботам ($p<0,05$).

Чили (10.05.2020—01.08.2020): по вторникам суточная смертность меньше, чем по воскресеньям, средам, четвергам, пятницам и субботам ($p<0,05$). По понедельникам суточная смертность меньше, чем по воскресеньям, четвергам, пятницам и субботам ($p<0,05$).

Закключение. Недельный цикл смертности был обнаружен в Англии, Бразилии, Германии, Мексике, России, США и Чили. В большинстве из этих стран для пациентов, страдающих COVID-19, самыми благоприятными днями недели были воскресенье и понедельник. В Чили и в Мексике самыми благоприятными

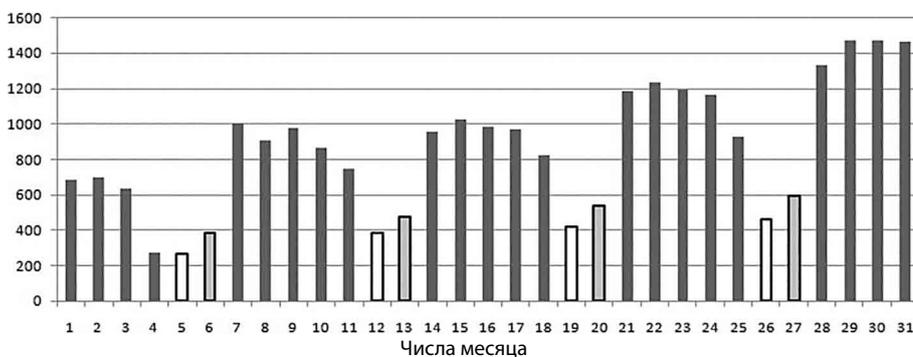


Рис. 2. Смертность от COVID-19 (в абс. ед.) в разные дни недели в США в июле 2020 г.

Здесь и на рис. 3, 4: белые столбики — воскресенье, серые — понедельник, черные — вторник, среда, четверг, пятница и суббота последовательно.

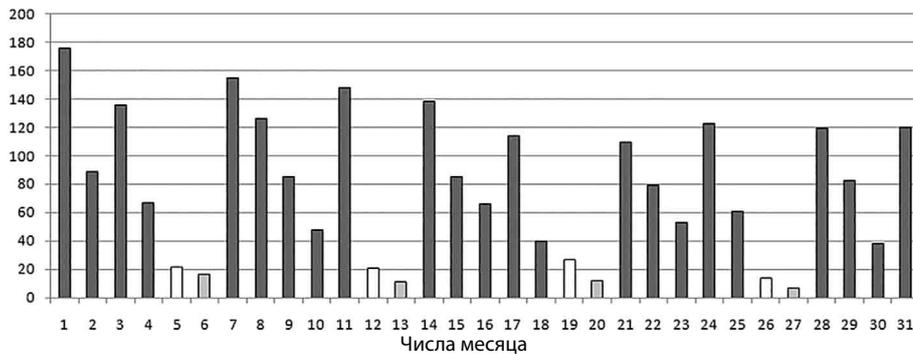


Рис. 3. Смертность от COVID-19 (в абс. ед.) в разные дни недели в Англии в июле 2020 г.

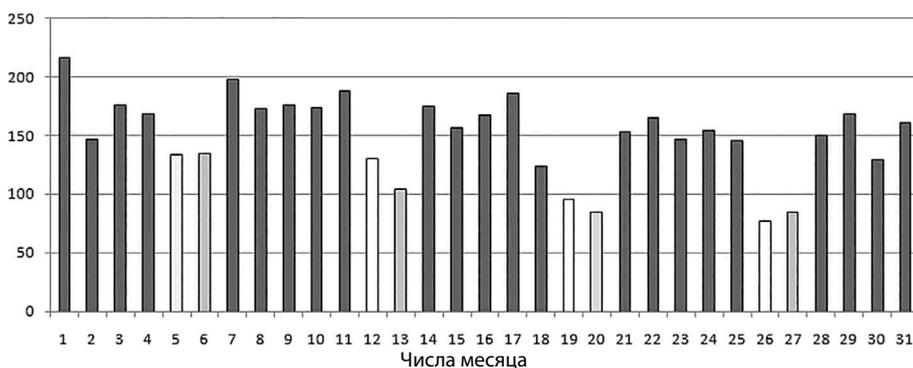


Рис. 4. Смертность от COVID-19 (в абс. ед.) в разные дни недели в России в июле 2020 г.

COVID-19

ми днями недели были понедельник и вторник, в Германии — суббота и воскресенье. (см. табл. 2).

7. Недельный цикл смертности в некоторых штатах США

Введение. В связи с тем что в США было наибольшее количество смертей, связанных с COVID-19 [39], проведен дополнительный анализ недельного цикла смертности в штатах с высокой смертностью, включая Аризону, Джорджию, Иллинойс, Калифорнию, Коннектикут, Луизиану, Массачусетс, Мичиган, Нью-Джерси, Нью-Йорк, Огайо, Пенсильванию, Техас и Флориду (табл. 3).

Материалы и методы. Проведены сравнение общей смертности в определенные дни недели в абсолютных значениях и в процентах, а также расчет ВНС и сравнение суточной смертности в разные дни недели с использованием *t*-критерия Стьюдента. Анализируемый период — с 29 марта по 1 августа 2020 г.

Результаты. В Соединенных Штатах в целом самыми благоприятными днями для больных COVID-19 были воскресенье и понедельник. В отдельных штатах среди самых благоприятных дней были воскресенье, понедельник или суббота. Самые высокие коэффициенты ВНС выявлены в штатах Аризона, Джорджия и Техас.

Достоверные различия по числу смертей в разные дни недели с использованием *t*-критерия Стьюдента выявлены в штатах Аризона, Джорджия, Иллинойс, Калифорния, Луизиана, Мичиган, Нью-Джерси, Огайо, Пенсильвания, Техас и Флорида ($p < 0,05$).

Заключение. Недельный цикл смертности был обнаружен в США в целом и в отдельных штатах. В большинстве штатов для пациентов, страдающих COVID-19, самыми благоприятными днями недели были воскресенье, понедельник и суббота.

8. Страны с неподтвержденным недельным циклом смертности от COVID-19

В Бельгии, Индии, Иране, Испании, Италии, Канаде, Китае, Колумбии, Нидерландах, Перу, Фран-

ции, Швеции и в Южной Африке разница в суточной смертности между определенными днями недели была недостоверной ($p > 0,05$). Тем не менее в большинстве исследуемых стран дни с наименьшей смертностью приходились на воскресенье или понедельник.

Наиболее высокие коэффициенты ВНС выявлены во Франции (2,21), Нидерландах (2,04), Южной Африке (1,68) и Бельгии (1,48), а самые низкие — в Иране (1,09), Перу (1,13), Испании (1,15) и Китае (1,2).

9. Влияние обновления базы данных на недельный цикл смертности от COVID-19

Во время текущего наблюдения (01.07.2020—20.09.2020), статистические данные о смертности от COVID-19, публикуемые на сайте Worldometer, постоянно обновлялись. Обновление касалось не только текущих дней, но и прошлых. В некоторых странах данные о смертности, относящиеся к прошлым дням, были стабильными, в других изменения происходили постоянно, каждые 5—7 дней, причем как вверх, так и вниз.

Цель исследования — изучить влияние обновления базы данных на недельный цикл смертности от COVID-19.

9.1. Материалы и методы. Чтобы узнать, как влияет корректировка данных за прошлые дни на результаты текущего исследования, данные по смертности от COVID-19 были собраны вновь 20 сентября 2020 г.

Было проведено сравнение общей смертности в определенные дни недели в абсолютных значениях и процентах, проведен расчет ВНС и сравнение суточной смертности между различными днями недели с использованием *t*-критерия Стьюдента. В анализ были включены 34 недели (26.01.2020—19.09.2020).

Результаты. В течение исследуемого периода во всем мире от COVID-19 умерли 960 727 больных: 106 501 (11,09%) по воскресеньям, 107 847 (11,23%) по понедельникам, 149 308 (15,54%) по вторникам, 156 738 (16,31%) по средам, 153 816 (16,01%) по четвергам, 150 766 (15,69%) по пятницам и 135 751 (14,13%) по субботам (рис. 5). Коэффициент ВНС равен 1,47.

Глобальная суточная смертность по воскресеньям и понедельникам была меньше, чем по вторникам, средам, четвергам и пятницам ($p < 0,05$). Если анализировать только последние 25 нед, то глобальная суточная смертность по воскресеньям и понедельникам оказывается меньше, чем по вторникам, средам, четвергам, пятницам и субботам ($p < 0,00005$).

Заключение. Обновление базы данных глобальной смертности от COVID-19, относящейся к прошлым и текущим дням, не повлияло на недельный цикл смертности от COVID-19.

9.2. Материалы и методы. Чтобы изучить влияние обновления базы данных за прошлые дни на результаты текущего исследования, проведено сравнение данных за 23 нед (26.01.2020—04.07.2020), собран-

Таблица 3

Смертность от COVID-19 в разных штатах США (29.03—01.08 2020 г.)

Показатель	США	Нью-Йорк	Пенсильвания	Техас	Джорджия	Аризона
Всего	155 115	31 358	7246	7234	3746	3716
ВНС	1,99	1,26	3,73	3,16	5,87	8,28
Воскресенье	13 825	4462	414	439	138	207
	8,91%	14,23%	5,71%	6,07%	3,68%	5,57%
Понедельник	16 024	4351	518	626	581	89
	10,33%	13,88%	7,15%	8,65%	15,51%	2,4%
Вторник	27 178	5067	1391	1117	810	737
	17,52%	16,16%	19,20%	15,44%	21,62%	19,83%
Среда	27 525	5034	1545	1388	671	672
	17,74%	16,05%	21,32%	19,19%	17,91%	18,08%
Четверг	25 638	4140	1376	1365	571	673
	16,53%	13,20%	18,99%	18,87%	15,25%	18,11%
Пятница	24 302	4298	1142	1299	649	629
	15,67%	13,71%	15,76%	17,96%	17,33%	16,93%
Суббота	20 623	4006	860	1000	326	709
	13,3%	12,77%	11,87%	13,82%	8,70%	19,08%

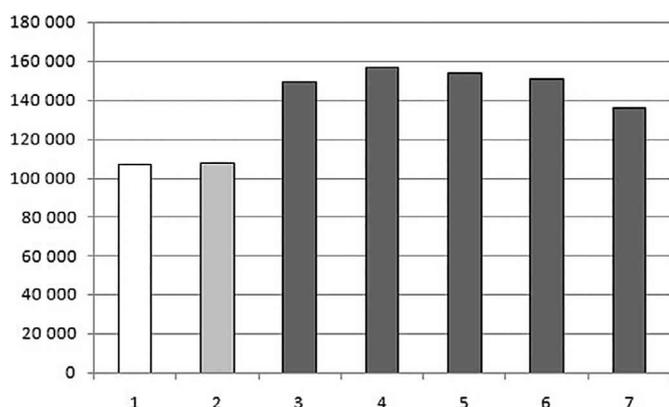


Рис. 5. Глобальная смертность от COVID-19 (в абс. ед.) в разные дни недели (26.01.2020—19.09.2020).

1 — воскресенье, 2 — понедельник, 3 — вторник, 4 — среда, 5 — четверг, 6 — пятница, 7 — суббота.

ных по разным датам, включая 6 и 12 июля, 2, 6, 17, 27 августа и 3, 7, 9, 15, 18 и 20 сентября 2020 г. (табл. 4).

Результаты. В ходе исследования общее число смертей, относящихся к периоду с 26 января по 4 июля 2020 г., было не постоянным. Наблюдается как увеличение цифр общей смерти от COVID-19, так и снижение. Очередность дней недели от низкой смертности к высокой остается почти неизменной: воскресенье < понедельник < суббота < вторник < пятница < среда < четверг. Коэффициент ВНС имеет тенденцию к снижению.

9.3. Материалы и методы. Чтобы изучить влияние обновления базы данных за прошлые дни на результаты текущего исследования, проведено дополнительное сравнение данных за более поздние сроки пандемии (18 нед: 29.03.2020—01.08.2020), собранных по разным датам, включая 2, 6, 17, 27 августа и 3, 7, 9, 15, 18 и 20 сентября 2020 г. (табл. 5).

Результаты. В ходе исследования общее число смертей, относящихся к периоду с 29 марта по 1 августа 2020 г., было непостоянным. Наблюдается как увеличение цифр общей смерти от COVID-19, так и снижение. Очередность дней недели от низкой смертности к высокой остается неизменной: воскресенье < понедельник < суббота < пятница < вторник < четверг < среда. Коэффициент ВНС имеет тенденцию к снижению.

Заключение. Обновление базы данных глобальной смертности от COVID-19, относящейся к прошлым дням, не повлияло на недельный цикл смертности от COVID-19 в целом. Изменение числа смертей за прошлые даты, особенно их снижение, нуждается в дополнительном исследовании.

9.4. Методы. Чтобы изучить влияние обновления базы данных за прошлые дни на недельный цикл смертности в странах, которые были проанализированы ранее, данные по ним были собраны повторно 10 сентября 2020 г. Было проведено сравнение общей смертности, а также суточной смертности в определенные дни недели в абсолютных значениях и

Таблица 4

Глобальная смертность от COVID-19 за 23 нед (26.01.2020—04.07.2020), на основании информации, собранной по разным датам

Дата	Всего	±Δ	Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	ВНС
06.07	532 817		57 351	60 200	84 380	85 075	85 151	84 617	76 043	1,485
12.07	532 972	+155	57 360	60 208	84 401	85 093	85 181	84 641	76 088	1,485
02.08	536 657	+3685	57 872	60 643	84 891	85 679	85 674	85 226	76 672	1,480
06.08	537 221	+564	57 947	60 712	84 954	85 740	85 801	85 304	76 763	1,481
17.08	539 314	+2657	58 575	61 464	85 213	85 703	86 085	85 385	76 889	1,470
27.08	538 730	-584	58 719	61 708	84 941	85 420	86 050	84 985	76 907	1,465
03.09	538 718	-12	58 719	61 708	84 941	85 420	86 038	84 985	76 907	1,465
07.09	541 679	+2961	59 242	61 935	85 405	85 723	86 357	85 641	77 376	1,458
09.09	541 679	0	59 242	61 935	85 405	85 723	86 357	85 641	77 376	1,458
15.09	541 679	0	59 242	61 935	85 405	85 723	86 357	85 641	77 376	1,458
18.09	541 709	+30	59 244	61 936	85 411	85 729	86 362	85 645	77 382	1,458
20.09	541 709	0	59 244	61 936	85 411	85 729	86 362	85 645	77 382	1,458

Примечание. Даны цифры общей смертности, изменение цифр общей смертности при сравнении с предыдущей датой (±Δ), цифры глобальной смертности в разные дни недели и коэффициент ВНС.

Таблица 5

Глобальная смертность от COVID-19 за 18 нед (29.03.2020—01.08.2020) на основании информации, собранной в разные даты

Дата	Всего	±Δ	Воскресенье	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	ВНС
02.08	655 799		71 540	73 337	10 3569	10 7080	10 4963	10 3286	92 024	1,497
06.08	656 362	+563	71 615	73 406	10 3632	10 7141	10 5089	10 3364	92 115	1,496
17.08	655 904	-458	72 038	73 964	10 3294	10 6701	10 5038	10 3032	91 837	1,481
27.08	654 940	-964	72 086	74 127	10 2928	10 6335	10 5270	10 2532	91 662	1,475
03.09	654 917	-3	72 084	74 127	10 2929	10 6334	10 5255	10 2528	91 660	1,475
07.09	658 879	+3962	72 707	74 454	10 3579	10 6765	10 5714	10 3343	92 317	1,469
09.09	658 879	0	72 707	74 454	10 3579	10 6765	10 5714	10 3343	92 317	1,469
15.09	658 879	0	72 707	74 454	10 3579	10 6765	10 5714	10 3343	92 317	1,469
18.09	658 938	+59	72 709	74 458	10 3593	10 6775	10 5723	10 3353	92 327	1,469
20.09	658 938	0	72 709	74 458	10 3593	10 6775	10 5723	10 3353	92 327	1,469

Примечание. Даны цифры общей глобальной смертности, изменение цифр общей смертности при сравнении с предыдущей датой (±Δ), цифры глобальной смертности в разные дни недели и коэффициент ВНС.

COVID-19

Таблица 6

Значения общей смертности от COVID-19 за исследуемые периоды в разных странах, а также изменение значений смертности ($\pm\Delta$) и цифры смертности в разные дни недели (данные собраны 10 сентября 2020 г.)

Показатель	США	Бразилия	Мексика	Англия	Россия	Чили	Германия
Дата	29.03—01.08	26.04—01.08	29.03—01.08	19.04—01.08	26.04—01.08	17.05—01.08	29.03—23.05
Всего, абс.	155 399	89 571	46 142	39 745	13 377	8496	7933
$\pm\Delta$	+284	0	0	-4925	0	0	0
Воскресенье	13 827	7398	5,425	3737	1499	1354	698
	8,90%	8,26%	11,76%	9,40%	11,20%	15,94%	8,80%
Понедельник	16 028	9153	3,704	3524	1414	719	1165
	10,31%	10,22%	8,03%	8,87%	10,57%	8,46%	14,70%
Вторник	27 180	15 378	4,598	7187	2093	552	1337
	17,49%	17,17%	9,96%	18,08%	15,64%	6,50%	16,85%
Среда	27 525	15 161	8,441	6745	2204	1360	1521
	17,71%	16,93%	18,29%	16,97%	16,48%	16,01%	19,17%
Четверг	26 015	15 498	8,548	6147	1966	1490	1321
	16,74%	17,30%	18,52%	15,47%	14,70%	17,54%	16,65%
Пятница	24 289	14 423	7,847	6726	2224	1448	1129
	15,63%	16,1%	17,01%	16,92%	16,63%	17,04%	14,23%
Суббота	20 535	12 560	7,579	5679	1977	1573	762
	13,22%	14,02%	16,43%	14,29%	14,78%	18,51%	9,60%

в процентах (табл. 6). Затем было проведено сравнение новых результатов с результатами, полученными 10 августа 2020 г. (см. табл. 3), разница представлена в табл. 6 как $\pm\Delta$.

Результаты. Данные по общей смертности от COVID-19, относящиеся к Бразилии, России, Чили и Германии, остались без изменений.

В США общее число смертей за исследуемый период (29.03.2020—01.08.2020) увеличилось на 284. Величина коэффициента ВНС и день с минимальной суточной смертностью не изменились. Достоверность различий между ежедневной смертностью по воскресеньям и четвергам увеличилась, при этом величина доверительной вероятности (p) снизилась с $p<0,005$ до $p<0,001$.

В Англии общее количество смертей, относящихся к периоду 29.03.2020—01.08.2020, уменьшилось на 4925. После обновления данных коэффициент ВНС уменьшился с 2,06 до 2,04, а различие в суточной смертности в разные дни недели стало недостоверным ($p>0,05$). Понедельник остался днем с самой низкой смертностью (рис. 6).

Среди стран, анализируемых в разделе 8, изменения в базе данных произошли в Перу [+4064], Италии [+152], Нидерландах [+125], Франции [-24], Иране [-37] и Бельгии [+9].

После анализа базы данных, собранной 10 сентября 2020 г., недельный цикл смертности был выявлен в Аргентине. За 22 нед (05.04.2020—05.09.2020) по воскресеньям дневная смертность была меньше, чем по вторникам, средам, четвергам и пятницам ($p<0,05$). Коэффициент ВНС равен 2,31.

Заключение. Изменение базы данных общей и локальной смертности от COVID-19, относящейся к прошлым датам, не повлияло на недельный цикл смертности в целом, хотя привело к изменению результатов исследования в отдельных странах. Требуется дополнительные исследования, чтобы выявить причину изменения числа смертей, связанных с прошлыми датами.

После сбора новых данных (9—11 декабря 2020 г.) недельный цикл был впервые выявлен или под-

твержден в следующих странах: Англии, Аргентине, Бразилии, Германии, Мексике, Нидерландах, Польше, России, Соединенных Штатах Америки, Украине, Франции и Чили. В США недельный цикл был выявлен или подтвержден в 23 штатах (Алабама, Аризона, Вирджиния, Висконсин, Джорджия, Иллинойс, Индиана, Калифорния, Луизиана, Массачусетс, Миннесота, Миссисипи, Миссури, Мичиган, Мэриленд, Нью-Джерси, Огайо, Пенсильвания, Северная и Южная Каролина, Теннесси, Техас, Флорида). Во всех перечисленных странах и штатах различия по количеству умерших в разные дни недели достоверны ($p<0,05$ — $p<0,001$ и менее).

10. Недельный цикл не имеет природной основы

В XVIII в. Антуан-Ив Гоге писал: «В качестве первого шага, который предприняли люди для определения времени, было выделение небольшого периода из семи дней, называемого неделей. Мы видим,

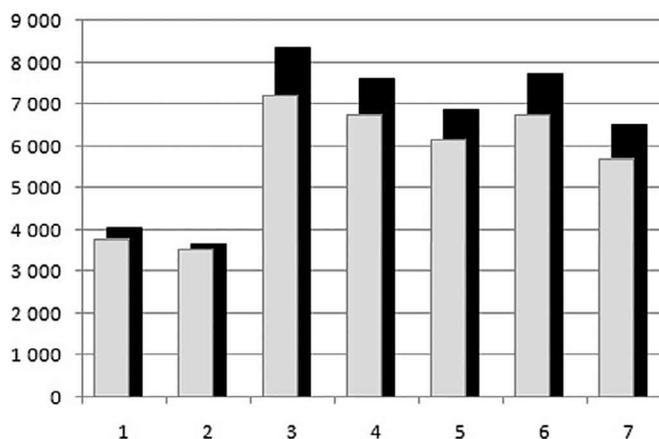


Рис. 6. Смертность от COVID-19 (в абс. ед.) в разные дни недели в Англии (29.03.2020—01.08.2020). Сравнение базы данных, собранной 10 августа (черный цвет) и 10 сентября (серый цвет). Число смертей за исследуемый период уменьшилось на 4925 человек.

1 — воскресенье (-304), 2 — понедельник (-122), 3 — вторник (-1146), 4 — среда (-853), 5 — четверг (-687), 6 — пятница (-997), 7 — суббота (-816).

ЛИТЕРАТУРА

что с незапамятных времен неделя использовалась повсеместно, а ее характеристики везде были одинаковыми» [40].

Джозеф Нидэм, отражая современный взгляд на календарь, объясняет, что некоторые из его элементов основаны на естественных астрономических циклах, которые очевидны и важны в жизни людей, к ним относятся день, месяц и год. Другие имеют искусственное происхождение, например семидневная неделя и деление дня на часы [41]. Эвиатар Зерубавель, описывая особенности недельного цикла, назвал свою книгу «Скрытые ритмы» [42].

10. Обсуждение

С одной стороны, неделя как форма определения времени существует, но с другой — нет никакой естественной основы, объясняющей недельную цикличность.

В данном исследовании при изучении смертности от COVID-19 был обнаружен недельный цикл с тенденцией к снижению смертности по воскресеньям и понедельникам, что является уникальным явлением в медицинской практике.

Описываемый цикл имеет противоположную характеристику по сравнению с той, которую наблюдали в Англии в 2015 г., когда по выходным дням больничная смертность увеличивалась [43].

По мнению д-ра мед. наук, профессора И. А. Гундарова, причина недельного цикла смертности заключается в том, что лечение больных с COVID-19 все еще находится в фазе клинических испытаний, а смертность в этой группе коррелирует с избыточной лечебной активностью, которая снижается в выходные дни [44].

11. Заключение

В связи со снижением смертности по воскресеньям, понедельникам и некоторым другим «благоприятным дням» недели, представляется целесообразным изучение факторов, лежащих в основе этих «безопасных дней».

Благоприятные факторы могут быть связаны с различными аспектами здравоохранения, включая протоколы лечения и график работы медицинского персонала, или могут относиться к человеческим привычкам и традициям. Предположительно, они связаны с оптимизированными лечебными протоколами, используемыми в «безопасные дни» недели.

Если факторы, снижающие смертность в определенные дни недели, будут выявлены, то их положительный эффект может быть распространен на другие дни. В результате оптимизации лечения жизнь многих пациентов с COVID-19 может быть сохранена.

Автор выражает благодарность своим коллегам из Бразилии, Китая, Италии, Малайзии и США, которые поделились терапевтическими протоколами, применяемыми в их больницах для пациентов с COVID-19.

Расширенная версия результатов исследования была опубликована 14 сентября 2020 г. на сайте Preprints.org: M. Terpone, COVID-19: Weekly Mortality Cycle and Sunday Protective Phenomenon [<https://www.preprints.org/manuscript/202009.0321/v1>].

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов в представленной рукописи.

- Liu Y. C., Kuo R. L., Shih S. R. COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomed J.* 2020 Aug;43(4):328—33. doi: 10.1016/j.bj.2020.04.007. Epub 2020 May 5.
- Li Q., Guan X. H., Wu P. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus — Infected Pneumonia. *N. Engl. J. Med.* 2020;382(13):1199—07.
- Lucey D., Kent K. Coronavirus — Unknown Source, Unrecognized Spread, and Pandemic Potential. — Think Global Health, Feb 6, 2020. Режим доступа: <https://www.thinkglobalhealth.org/article/coronavirus-unknown-source-unrecognized-spread-and-pandemic-potential> (дата обращения 20.09.2020).
- Nesteruk I. Waves of COVID-19 pandemic. Detection and SIR simulations. *medRxiv.* 2020. doi: 10.1101/2020.08.03.20167098. Epub August 04, 2020.
- Worldometers: Coronavirus Worldwide Graphs. Режим доступа: <https://www.worldometers.info/coronavirus/worldwide-graphs/> (дата обращения 20.09.2020).
- Imai N., Dorigatti I., Cori A., et al. Report 1 — Estimating the potential total number of novel Coronavirus cases in Wuhan City, China — January 17, 2020. Режим доступа: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/COVID-19/report-1-case-estimates-of-COVID-19/> (дата обращения 20.09.2020).
- Imai N., Dorigatti I., Cori A. Report 2 — Estimating the potential total number of novel Coronavirus (2019-nCoV) cases in Wuhan City, China — January 22, 2020. Режим доступа: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/COVID-19/report-2-update-case-estimates-COVID-19/> (дата обращения 20.09.2020).
- Wuhan Coronavirus. — Speakers: Jeremy Farrar, Juliana Chan, Stéphane Bancel, Richard Hatchett. — Davos: WEFForum, Jan 23, 2020 15:15 — 15:45 CET. Режим доступа: <https://www.weforum.org/events/world-economic-forum-annual-meeting-2020/sessions/update-wuhan-coronavirus> (дата обращения 20.09.2020).
- Врач: Иммуномодуляторы опасны при коронавирусе. Росбалт, 30 января 2020. Режим доступа: <https://www.rosbalt.ru/piter/2020/01/30/1825299.html> (дата обращения 20.09.2020).
- Вступительное слово Генерального директора на пресс-брифинге по COVID-19, 11 марта 2020 г. — WHO, 11 Mar 2020. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020> (дата обращения 20.09.2020).
- Вступительное слово Генерального директора на пресс-брифинге по COVID-19. — WHO, 16 марта 2020 г. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---16-march-2020> (дата обращения 20.09.2020).
- Ferguson N. M., Laydon D., Nedjati-Gilani G. Report 9 — Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Imperial College London, March 16, 2020. Режим доступа: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/COVID-19/report-9-impact-of-npis-on-COVID-19/> (дата обращения 20.09.2020).
- Status of COVID-19: As of 19 March 2020, COVID-19 is no longer considered to be a high consequence infectious disease (HCID) in the UK. Режим доступа: <https://www.gov.uk/guidance/high-consequence-infectious-diseases-hcid?fbclid=IwAR0ePjBbK8iCinhFq7zfuBLrRFS0i1VlEpiVhgSyF4qjTuqj-c251jybDil#status-of-COVID-19> (дата обращения 20.09.2020).
- Salje H., Kiem C. T., Lefrancq N. Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. *Science.* 2020;369(6500):208—11. doi: 10.1126/science.abc3517
- Fenton N., Osman M., Neil M., McLachlan S. Study suggests more people have had coronavirus than previously estimated. — MedicalXpress, June 26, 2020. Режим доступа: <https://medicalxpress.com/news/2020-06-people-coronavirus-previously.html> (дата обращения 20.09.2020).
- The CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel. — Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2020, July 13:37—8.
- COVID19 PCR Tests are Scientifically Meaningless. — BPA, 01.07.2020. Режим доступа: <https://bpa-pathology.com/covid19-pcr-tests-are-scientifically-meaningless/> (дата обращения 20.09.2020).
- Книга Пророка Исаии. гл. 65: стих 20. В кн.: Толковая Библия, или Комментарии на все книги Священного Писания Ветхого и Нового Завета. Петербург: Приложение к журналу «Странник». 1908;5:540.

COVID-19

19. Teppone M. Medicine has always been “Modern” and “Scientific” from ancient times to the present day. *J. Integrat. Med.* 2019;17(4):229—37.
20. Лихорадка: Патогенез. В кн.: Адо А. Д., Адо М. А., Пыцкий В. И., ред. Патологическая физиология. М.: Триада-Х; 2000. С. 203—6.
21. Wong T., Stang A. S., Ganshorn H., et al. Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children. *Evid Based Child Health.* 2014;9(3):675—729.
22. Zhang Z. J. Shang Han Lun: Treatise on Febrile Diseases Caused by Cold. Beijing: New World Press; 1986.
23. Selye H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature.* 1936;138(3479):32.
24. Isatidis Folium and Radix (Da Qing Ye / Ban Lan Gen). In: Ben-sky D., Clavey S. C., Stoger E. *Materia Medica* (3rd ed). Seattle: Eastland Press; 2004. P. 156—60.
25. Для защиты от вирусов ученые ТГУ предлагают использовать растение. *Seldon News*, 24 марта 2020. Режим доступа: <https://news.myseldon.com/ru/news/index/226298305> (дата обращения 20.09.2020).
26. Граф Н. Томские ученые нашли растение, защищающее от коронавируса. *Российская газета*. 25 марта 2020. Режим доступа: <https://rg.ru/2020/03/25/reg-sibfo/tomskie-uchenyerekomendovali-dlia-zashchity-ot-virusa-vajdu-krasilnuii.html> (дата обращения 20.09.2020).
27. Boosting Your Immune System in Times of Viral Respiratory Outbreaks. *Thailand Medical News*. Feb 2, 2020. Режим доступа: <https://www.thailandmedical.news/news/boosting-your-immune-system-in-times-of-viral-respiratory-outbreaks> (дата обращения 20.09.2020).
28. Mueller A. L., McNamara M. S., Sinclair D. A. Why does COVID-19 disproportionately affect older people? — Aging (Albany, NY). 2020;12:9959-9981. doi: 10.18632/aging.103344
29. Palmer S., Cunniffe N., Donnelly R. Risk of COVID-19 hospitalisation rises exponentially with age, inversely proportional to T-cell production. *medRxiv.* 2020, Aug 31. doi: 10.1101/2020.08.25.20181487
30. Diao B., Wang C. H., Tan Y. J. Reduction and Functional Exhaustion of T-Cells in Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *medRxiv preprint.* 2020, Feb 20. doi: 10.1101/2020.02.18.20024364
31. To K. K.-W., Tsang O. T.-Y., Leung W.-S. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2. *Lancet Infect. Dis.* 2020 May 1;20(5):565—74.
32. Khamsi R. Why those most at risk of COVID-19 are least likely to respond to a vaccine. — National Geographic, 20 July 2020. Режим доступа: <https://www.nationalgeographic.co.uk/science-and-technology/2020/07/why-those-most-at-risk-of-COVID-19-are-least-likely-to-respond-to-a> (дата обращения 20.09.2020).
33. Wooldridge L. C. Versuche über Schutzimpfung auf chemischem Wege (Jun, 1888). *Arch Anat Phys Wissen Med (Leipzig)*. 1888;2:527—36.
34. Liu Y. P., Pan Y., Hu Z. H. Thymosin Alpha 1 Reduces the Mortality of Severe Coronavirus 2019 by Restoration of Lymphocytopenia and Reversion of Exhausted T Cells. *Clin. Infect. Dis.* 2020 May 22;ciaa630. doi: 10.1093/cid/ciaa630
35. Машковский М. Лекарственные средства. Изд. 16-е. М.: Новая Волна; 2012. С. 726—8.
36. Лукьянов С. А., Кузник Б. И., Хавинсон В. Х. Использование Тималина для коррекции отклонений иммунного статуса при COVID-19 (обоснование применения препарата и описание клинического случая). *Врач.* 2020;(8):74—82. doi: 10.29296/25877305-2020-08-12
37. Worldometers: Reported Cases and Deaths by Country, Territory, or Conveyance. Режим доступа: <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries> (дата обращения 20.09.2020).
38. Ricon-Becker I., Tarrasch R., Blinder P., Ben-Eliyahu S. A seven-day cycle in COVID-19 infection and mortality rates: Are inter-generational social interactions on the weekends killing susceptible people? *medRxiv.* May 08, 2020 doi: 10.1101/2020.05.03.20089508
39. Worldometers: Reported Cases and Deaths by Country, Territory, or Conveyance: United States. Режим доступа: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/us/> (дата обращения 11.12.2020).
40. Goguet A.-Y. De L'Origine des Loix, des Arts, et des Sciences: et de leurs progres chez les anciens peuples. Vol. 1. La Haye: Pierre Gosse Junior; 1758. P. 474—5.
41. Needham J., Ling W. Science and Civilization in China. Vol. 3: Mathematics and the Sciences of the Heavens and the Earth. Cambridge: Cambridge University Press; 1959. P. 390—408.
42. Zerubavel E. Hidden Rhythms: Schedules and Calendars in Social Life. Berkeley: University of California Press; 1985.
43. Aylin P. Making sense of the evidence for the «weekend effect». *BMJ.* 2015 Sep 5;351:h4652. doi: 10.1136/bmj.h4652
44. Гундаров И. Когда лечение страшнее болезни. 2020. Режим доступа: https://www.youtube.com/watch?v=UnYbpK_3V90&t=19s (дата обращения 11.12.2020)

Поступила 18.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Liu Y. C., Kuo R. L., Shih S. R. COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomed J.* 2020 Aug;43(4):328—33. doi: 10.1016/j.bj.2020.04.007. Epub 2020 May 5.
2. Li Q., Guan X. H., Wu P. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus — Infected Pneumonia. *N. Engl. J. Med.* 2020;382(13):1199—07.
3. Lucey D., Kent K. Coronavirus — Unknown Source, Unrecognized Spread, and Pandemic Potential. — Think Global Health, Feb 6, 2020. Available at: <https://www.thinkglobalhealth.org/article/coronavirus-unknown-source-unrecognized-spread-and-pandemic-potential> (accessed 20.09.2020).
4. Nesteruk I. Waves of COVID-19 pandemic. Detection and SIR simulations. *medRxiv.* 2020. doi: 10.1101/2020.08.03.20167098. Epub August 04, 2020.
5. Worldometers: Coronavirus Worldwide Graphs. Available at: <https://www.worldometers.info/coronavirus/worldwide-graphs/> (accessed 20.09.2020).
6. Imai N., Dorigatti I., Cori A. Report 1 — Estimating the potential total number of novel Coronavirus cases in Wuhan City, China — January 17, 2020. Available at: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/COVID-19/report-1-case-estimates-of-COVID-19/> (accessed 20.09.2020).
7. Imai N., Dorigatti I., Cori A. Report 2 — Estimating the potential total number of novel Coronavirus (2019-nCoV) cases in Wuhan City, China — January 22, 2020. Available at: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/COVID-19/report-2-update-case-estimates-COVID-19/> (accessed 20.09.2020).
8. Wuhan Coronavirus. Speakers: Jeremy Farrar, Juliana Chan, Stéphane Bancel, Richard Hatchett. Davos: WEFForum, Jan 23, 2020 15:15 — 15:45 CET. Available at: <https://www.weforum.org/events/world-economic-forum-annual-meeting-2020/sessions/update-wuhan-coronavirus> (accessed 20.09.2020).
9. Doctor: Immunomodulators are dangerous with coronavirus. *Rosbalt*, 30.01.20. Available at: <https://www.rosbalt.ru/piter/2020/01/30/1825299.html> (accessed 20.09.2020) (in Russian).
10. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 — 11 March 2020. Available at: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020> (accessed 20.09.2020).
11. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 — 16 March 2020. Available at: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---16-march-2020> (accessed 20.09.2020).
12. Ferguson N. M., Laydon D., Nedjati-Gilani G. Report 9 — Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Imperial College London, March 16, 2020. Available at: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/COVID-19/report-9-impact-of-npis-on-COVID-19/> (accessed 20.09.2020).
13. Status of COVID-19: As of 19 March 2020, COVID-19 is no longer considered to be a high consequence infectious disease (HCID) in the UK. Available at: <https://www.gov.uk/guidance/high-consequence-infectious-diseases-hcid?fbclid=IwAR0ePjBbK8iCin-hFq7zfuBLRfS0i1VlEpiVhgSyF4qjTuqj-c251jybDiI#status-of-COVID-19> (accessed 20.09.2020).
14. Salje H., Kiem C. T., Lefrancq N. Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. *Science.* 2020;369(6500):208—11. doi: 10.1126/science.abc3517
15. Fenton N., Osman M., Neil M., McLachlan S. Study suggests more people have had coronavirus than previously estimated. *Medicalxpress*, June 26, 2020. Available at: <https://medicalxpress.com/news/2020-06-people-coronavirus-previously.html> (accessed 20.09.2020).
16. The CDC 2019-Novel Coronavirus (2019-nCoV) Real-Time RT-PCR Diagnostic Panel. — Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2020, July 13:37—8.

17. COVID19 PCR Tests are Scientifically Meaningless. BPA, 01.07.2020. Available at: <https://bpa-pathology.com/covid19-pcr-tests-are-scientifically-meaningless/> (accessed 20.09.2020).
18. Book of Isaiah Prophet, 65: 20. In: *Tolkovaya Bibliya, ili Kommentarii na vse knigi Svyashchennogo Pisaniya Vethogo i Novogo Zaveta*. Peterburg: Prilozhenie k zhurnalu «Strannik»; 1908;5:540 (in Russian).
19. Teppone M. Medicine has always been “Modern” and “Scientific” from ancient times to the present day. *J. Integrat. Med.* 2019;17(4):229–37.
20. Fever: Pathogenesis. In: Ado A. D., Ado M. A., Pytskoj V. I., eds. *Pathological physiology [Patologicheskaya Fiziologiya]*. Moscow: Triada-X; 2000. P. 203–6 (in Russian).
21. Wong T., Stang A. S., Ganshorn H., et al. Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children. *Evid Based Child Health.* 2014;9(3):675–729.
22. Zhang Z. J. Shang Han Lun: Treatise on Febrile Diseases Caused by Cold. Beijing: New World Press; 1986.
23. Selye H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature.* 1936;138(3479):32.
24. Isatidis Folium and Radix (Da Qing Ye / Ban Lan Gen). In: Ben-sky D., Clavey S. C., Stoger E. *Materia Medica* (3rd ed). Seattle: East-land Press; 2004. P. 156–60.
25. TSU scientists suggest using a plant to protect against viruses. *Seldon News.* March 24, 2020. Available at: <https://news.myseldon.com/ru/news/index/226298305> (accessed 20.09.2020) (in Russian).
26. Graf N. Tomsk scientists have found a plant that protects against coronavirus. *Rossiyskaya Gazeta*, RG.RU. March 25, 2020. Available at: <https://rg.ru/2020/03/25/reg-sibfo/tomskie-uchenye-rekomendovali-dlia-zashchity-ot-virusa-vajdu-krasilnuiu.html> (accessed 20.09.2020) (in Russian).
27. Boosting Your Immune System in Times of Viral Respiratory Outbreaks. *Thailand Medical News.* Feb 2, 2020. Available at: <https://www.thailandmedical.news/news/boosting-your-immune-system-in-times-of-viral-respiratory-outbreaks> (accessed 20.09.2020).
28. Mueller A. L., McNamara M. S., Sinclair D. A. Why does COVID-19 disproportionately affect older people? — Aging (Albany, NY). 2020;12:9959-9981. doi: 10.18632/aging.103344
29. Palmer S., Cunniffe N., Donnelly R. Risk of COVID-19 hospitalisation rises exponentially with age, inversely proportional to T-cell production. *medRxiv.* 2020, Aug 31. doi: 10.1101/2020.08.25.20181487
30. Diao B., Wang C. H., Tan Y. J. Reduction and Functional Exhaustion of T-Cells in Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *medRxiv preprint.* 2020, Feb 20. doi: 10.1101/2020.02.18.20024364
31. To K. K.-W., Tsang O. T.-Y., Leung W.-S. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2. *Lancet Infect. Dis.* 2020 May 1;20(5):565–74.
32. Khamis R. Why those most at risk of COVID-19 are least likely to respond to a vaccine. *National Geographic*, 20 July 2020. Available at: <https://www.nationalgeographic.co.uk/science-and-technology/2020/07/why-those-most-at-risk-of-COVID-19-are-least-likely-to-respond-to-a> (accessed 20.09.2020).
33. Wooldridge L. C. Versuche über Schutzimpfung auf chemischem Wege (Jun, 1888). *Arch Anat Phys Wissen Med (Leipzig).* 1888;2:527–36.
34. Liu Y. P., Pan Y., Hu Z. H. Thymosin Alpha 1 Reduces the Mortality of Severe Coronavirus 2019 by Restoration of Lymphocytopenia and Reversion of Exhausted T Cells. *Clin. Infect. Dis.* 2020 May 22;ciaa630. doi: 10.1093/cid/ciaa630
35. Mashkovsky M. Medicines [*Lekarstvennyye sredstva*]. 16th ed. Moscow: Novaya Volna; 2012. P. 726–8 (in Russian).
36. Lukyanov S. A., Kuznik B. L., Shapovalov K. G. Thymalin as a Potential Alternative in the Treatment of Severe Acute Respiratory Infection Associated with SARS-CoV-2. *Int. J. Immunol. Immunother.* 2020;7(2):055. doi: 10.23937/2378-3672/1410055
37. Worldometers: Reported Cases and Deaths by Country, Territory, or Conveyance. Available at: <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries> (accessed 20.09.2020).
38. Ricon-Becker I., Tarrasch R., Blinder P., Ben-Eliyahu S. A seven-day cycle in COVID-19 infection and mortality rates: Are inter-generational social interactions on the weekends killing susceptible people? *medRxiv.* May 08, 2020 doi: 10.1101/2020.05.03.20089508
39. Worldometers: Reported Cases and Deaths by Country, Territory, or Conveyance: United States. Available at: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/us/> (accessed 20.09.2020).
40. Goguet A.-Y. De L'Origine des Loix, des Arts, et des Sciences: et de leurs progrès chez les anciens peuples. Vol. 1. La Haye: Pierre Gosse Junior; 1758. P. 474–5.
41. Needham J., Ling W. Science and Civilization in China. Vol. 3: Mathematics and the Sciences of the Heavens and the Earth. Cambridge: Cambridge University Press; 1959. P. 390–408.
42. Zerubavel E. Hidden Rhythms: Schedules and Calendars in Social Life. Berkeley: University of California Press; 1985.
43. Aylin P. Making sense of the evidence for the «weekend effect». *BMJ.* 2015 Sep 5;351:h4652. doi: 10.1136/bmj.h4652
44. Gundarov I. When the treatment is worse than the disease. 2020, Nov 23. Available at: https://www.youtube.com/watch?v=UnYbp-K_3V90&t=19s (accessed 11.12.2020).

COVID-19

© Коллектив авторов, 2021

УДК 614.2

Орлов С. А.^{1,3}, Соболев К. Э.², Александрова О. Ю.³

ПОДХОДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ И КОЕЧНОГО ФОНДА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

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

²ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского», 129110, г. Москва;

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

Представлены основные подходы к методам оценки и прогнозирования потребности в коечном фонде с учетом уровня заболеваемости и развития эпидемиологического процесса в условиях развития и распространения коронавирусной инфекции COVID-19, а также региональной сети медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, которые должны быть переориентированы на оказание медицинской помощи в период развития и распространения данного заболевания, по 14 оценочным критериям.

К л ю ч е в ы е с л о в а: медицинская инфраструктура; коечный фонд; коронавирусная инфекция; ранжирование медицинских организаций.

Для цитирования: Орлов С. А., Соболев К. Э., Александрова О. Ю. Подходы к планированию медицинской инфраструктуры и коечного фонда медицинских организаций в условиях развития и распространения коронавирусной инфекции COVID-19. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):25–31. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-25-31>

Для корреспонденции: Орлов Сергей Александрович, ассистент Высшей школы управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением Сеченовского Университета, научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: orlovsergio@mail.ru

Orlov S. A.^{1,3}, Sobolev K. E.², Aleksandrova O. Yu.³

THE APPROACHES TO PLANNING OF MEDICAL INFRASTRUCTURE AND BED STOCK IN MEDICAL ORGANIZATIONS IN CONDITIONS OF DEVELOPMENT AND SPREAD OF CORONAVIRUS INFECTION COVID-19

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

²The Moscow Oblast State Budget Institution of Health Care “M. F. Vladimirsky Moscow Oblast Research Clinical Institute”, 129110, Moscow Russia;

³N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The article presents key approaches to methods of assessing and prognosticating the need both for bed stock, considering level of morbidity and epidemiological process in conditions of development and prevalence of coronavirus COVID-19 infection, and as well the regional network of medical organizations of public and municipal health care that should be re-oriented to medical care support during pandemic according to 14 evaluation criteria.

K e y w o r d s: medical infrastructure; bed stock; coronavirus infection; ranking; medical organizations.

For citation: Orlov S. A., Sobolev K. E., Aleksandrova O. Yu. The approaches to planning of medical infrastructure and bed stock in medical organizations in conditions of development and spread of coronavirus infection COVID-19. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):25–31 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-25-31>

For correspondence: Orlov S. A., the Assistant of the Higher School of Health Care Management of the Institute of Leadership and Health Care Management of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University», the Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health». e-mail: orlovsergio@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 15.07.2020
Accepted 27.10.2020

В 2020 г. система здравоохранения Российской Федерации столкнулась с беспрецедентными вызовами, связанными с распространением коронавирусной инфекции COVID-19. Сложившаяся ситуация еще раз наглядно продемонстрировала необходимость более взвешенного подхода к расстановке приоритетов государственной политики в сфере охраны здоровья и проведению любых преобразований в отрасли, обнажив слабые стороны в управлении ресурсами здравоохранения, реагировании на экстренные ситуации с мобилизационной готовно-

стью инфраструктуры, выявив недостаточность научно обоснованных подходов к нормированию и фактическому обеспечению коечным фондом [1], размещению медицинских организаций соответствующего профиля [2], привлечению медицинских работников, волонтерских и общественных организаций, обеспечению медицинским оборудованием. В условиях пандемии большинству медицинских организаций пришлось провести корректировку объемов оказания плановой медицинской помощи в стационарных условиях [3–5] и перепрофилировать

коечный фонд [6] под нужды пациентов с коронавирусной инфекцией, что привело в последующем к отрицательным эффектам от данных решений, прежде всего финансовым [7].

Для минимизации возможных ресурсных потерь, обеспечения эффективного ответа при условии ухудшения эпидемиологической ситуации, обусловленной ростом распространенности коронавирусной инфекции COVID-19, в целях планирования потребности медицинских организаций в коечном фонде должен использоваться подход, базирующийся на анализе уровня заболеваемости.

Для определения уровня заболеваемости и прогнозирования потенциально необходимого числа коек на ранних этапах развития эпидемиологического процесса или начала роста в период последующих волн эпидемии с учетом, как правило, экспоненциального (чаще) или линейного (реже) роста (характера распространения инфекции) рекомендуется использовать два метода.

1. Метод математического моделирования с графическим отображением (возможен со 2-й недели развития эпидемиологического процесса по мере накопления первичных данных и определения максимально корректной математической функции) для расчета потенциально возможного числа случаев заболевания в заданном периоде наблюдения.

2. Метод экстраполяции фактических данных определенного периода наблюдения (как правило, не менее 1 мес наблюдений) на последующие периоды (как правило, на 1 год).

Первый метод применяется для оперативного планирования коечного фонда (на 10—14 дней) и оценки потенциальных объектов здравоохранения, в которых могут быть развернуты дополнительные койки. Применение данного метода в обязательном порядке должно сопровождаться ежедневным мониторингом реальной эпидемиологической ситуации и корректировкой математической функции в зависимости от изменения значения переменной. Исходя из уровня заболеваемости (по абсолютному числу заболевших) и фактической частоты госпитализации¹, путем перемножения данных показателей, возможно определение объема коечного фонда, необходимого для оказания медицинской помощи.

Второй метод применяется при условии длительного эпидемиологического процесса и наличия информации о персистирующем течении заболевания, а также для возможной экстраполяции полученных данных на последующие периоды наблюдения.

Расчет потребности в коечном фонде медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, необходимо осуществлять по утвержденной методике [8] с использованием следующих нормативных показателей (условий):

- среднегодовая занятость инфекционной койки (или иной койки, перепрофилированной для

оказания медицинской помощи данным пациентам) в целях соблюдения санитарно-эпидемиологического режима в медицинской организации (прежде всего режима дезинфекционных мероприятий) не должна превышать 281 день в году [9];

- средняя длительность пребывания одного пациента с коронавирусной инфекцией на койке составляет 14,0 дня.

При этом следует заметить, что исследования по длительности стационарного лечения пациентов с COVID-19 различаются и составляют от 7 до 10 дней [10], от 4 до 53 дней в Китае и от 4 до 21 дня за пределами Китая [11]. Для расчетов нами используются данные медианы средней длительности лечения 14 дней по результатам исследования [11], а также рекомендации Департамента здравоохранения города Москвы [12].

В данном случае расчет годового норматива случаев госпитализации (N_{gr}) на 1000 жителей проводится по следующей формуле:

$$N_{gr} = (\text{абсолютное число заболевших за полный месяц наблюдения} \times 12 \text{ мес/численность населения}) \times 1000.$$

Скорректированное число койко-дней на 1000 жителей ($N_{к/д}$) рассчитывается путем перемножения расчетного годового норматива случаев госпитализации (N_{gr}) на среднюю длительность пребывания одного пациента на койке (14,0 дня).

Планирование потребности в коечном фонде для оказания медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19 должно проводиться путем комбинирования вышеуказанных методов.

Оценка потребности в дополнительных койках осуществляется с учетом данных по выздоровевшим и умершим пациентам, освобождающим коечный фонд для дальнейшего использования, а также с учетом ежемесячного оборота койки, составляющего в среднем 1,7 раза.

Региональная сеть медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, включающая в том числе структурные подразделения, в период развития и распространения коронавирусной инфекции COVID-19 должна быть максимально переориентирована на оказание медицинской помощи пациентам с данным заболеванием при соблюдении следующих условий:

- доля медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19 в стационарных условиях, не должна превышать 50% всех медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях на территории субъекта Российской Федерации;
- коечный фонд медицинских организаций, перепрофилированных для оказания медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19, не должен превышать 50% общего коечного фонда всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных га-

¹ Как правило, не превышает 20—30% от общего числа заболевших.

COVID-19

рантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

При этом на период развития коронавирусной инфекции COVID-19 допускается корректировка рекомендуемых значений показателя численности обслуживаемого населения для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в том числе с учетом:

- возможного дополнительного развертывания коечного фонда (перепрофилирования) и интенсификации его работы;
- пересмотра планов маршрутизации и закрепления за медицинскими организациями отдельных муниципальных образований по территориальному принципу;
- перераспределения объемов медицинской помощи, оказываемой в плановой, неотложной и экстренной формах в разрезе профилей медицинской помощи;
- строительства стационарных объектов здравоохранения или временных сооружений, выполняющих функции медицинских организаций.

Для сохранения доступности медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, задействованных для борьбы с коронавирусной инфекцией COVID-19, на период эпидемии по возможности рекомендуется осуществить перераспределение плановых объемов медицинской помощи в иные медицинские организации любой формы собственности и ведомственной принадлежности, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, с учетом возможности оказания данных видов медицинской помощи и профиля указанных медицинских организаций.

Для оценки текущих возможностей стационарной сети медицинских организаций и формирования резервного перечня из объектов медицинской

инфраструктуры, которые могут быть использованы для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19, предлагается осуществить их ранжирование с учетом:

1. Ресурсной базы медицинской организации (укомплектованность медицинскими работниками, оснащенность медицинским оборудованием, наличие площадей для размещения дополнительных коек, возможность монтажа дополнительных строительных и инженерно-технических конструкций), а также потенциала для ее укрепления.
2. Территориального расположения медицинской организации относительно населенного пункта (очага), расстояния до селитебной территории, подъездных путей, в том числе в зависимости от категории автомобильных дорог.
3. Уровня медицинской организации, наличия «защищенных» профилей медицинской помощи², плановых объемов медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Для ранжирования медицинских организаций, в которых планируется оказание специализированной медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19, рекомендуется установить 14 критериев оценки³ в баллах от 0 до 5 (см. таблицу). Итоговая оценка медицинской организации формируется путем суммирования всех баллов.

² В рамках реализации федеральных проектов «Борьба с онкологическими заболеваниями» и «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» Национального проекта «Здравоохранение».

³ Количество критериев для оценки может быть увеличено по решению органа государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Критерии оценки медицинских организаций для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19

Наименование параметра	Количество баллов для оценки					
	0	1	2	3	4	5

Ресурсная обеспеченность

*Укомплектованность медицинскими работниками**

Врач-специалист (инфекционист, пульмонолог)	Отсутствие врача-специалиста	0,25 ставки врача-специалиста иной специальности, занятой по внешнему совместительству (либо врач-специалист иной специальности (штатный сотрудник), прошедший обучение в объеме не менее 36 ч	0,25 ставки врача-специалиста иной специальности, занятой по внутреннему совместительству	1 специалист на 40 коек (или) 0,5 ставки другого врача-специалиста, занятой по внешнему совместительству, (или) работа профильного врача на 2,0 ставки	1 специалист на 30 коек, (или) 0,5 ставки другого врача-специалиста, занятой по внутреннему совместительству, (или) работа профильного врача на 1,5 ставки	1 специалист на 20 коек (1,0 ставки врача в отделении)
Медицинская сестра	—	—	0,25 ставки медицинской сестры по внутреннему или внешнему совместительству для работы в отделении с пациентами с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	1 должность медицинской сестры на 40 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внешнему совместительству	1 должность медицинской сестры на 30 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внутреннему совместительству	1 должность медицинской сестры на 20 коек (1,0 ставки медицинской сестры на отделение)

Наименование параметра	Количество баллов для оценки					
	0	1	2	3	4	5
Младшая медицинская сестра или санитар	—	—	0,25 ставки младшей медицинской сестры (санитара) по внутреннему или внешнему совместительству для работы в отделении с пациентами с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	1 должность младшей медицинской сестры (санитара) на 40 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внешнему совместительству	1 должность младшей медицинской сестры (санитара) на 30 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внутреннему совместительству	1 должность младшей медицинской сестры (санитара) на 20 коек (1,0 ставки на отделение)
Врач-анестезиолог-реаниматолог	Отсутствие врача анестезиолога-реаниматолога	0,25 ставки врача-специалиста иной специальности, занятой по внешнему совместительству	0,25 ставки врача-специалиста иной специальности, занятой по внутреннему совместительству	1 специалист на 12 коек, (или) 0,5 ставки другого врача-специалиста, занятой по внешнему совместительству, (или) работа профильного врача на 2,0 ставки	1 специалист на 9 коек, (или) 0,5 ставки другого врача-специалиста, занятой по внутреннему совместительству, (или) работа профильного врача на 1,5 ставки	1 специалист на 6 коек (1,0 ставки врача в отделении)
Медицинская сестра	—	—	0,25 ставки медицинской сестры по внутреннему или внешнему совместительству для работы в отделении с пациентами с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	1 должность медицинской сестры на 12 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внешнему совместительству	1 должность медицинской сестры на 9 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внутреннему совместительству	1 должность медицинской сестры на 6 коек (1,0 ставки медицинской сестры на отделение)
Медицинская сестра-анестезист	—	—	0,25 ставки медицинской сестры-анестезиста по внутреннему или внешнему совместительству для работы в отделении с пациентами с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	1 должность медицинской сестры-анестезиста на 9 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внешнему совместительству	1 должность младшей медицинской сестры-анестезиста на 6 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внутреннему совместительству	1 должность медицинской сестры-анестезиста на 3 койки (1,0 ставки медицинской сестры на отделение)
Младшая медицинская сестра или санитар	—	—	0,25 ставки младшей медицинской сестры (санитара) по внутреннему или внешнему совместительству для работы в отделении с пациентами с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	1 должность младшей медицинской сестры (санитара) на 12 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внешнему совместительству	1 должность младшей медицинской сестры (санитара) на 9 коек (или) 0,5 ставки, занятой по внутреннему совместительству	1 должность младшей медицинской сестры (санитара) на 6 коек (1,0 ставки на отделение)
<i>Оснащенность медицинским оборудованием**</i>						
Укомплектованность медицинским оборудованием	Аппарат для рентгенографии (1 стационарный), аппарат УЗИ (1), биохимический анализатор (1), анализатор крови (1), аппарат для исследования ФВД (1)	Аппарат для рентгенографии (1 стационарный), аппарат УЗИ (1), биохимический анализатор (1), анализатор крови (1), аппарат для исследования ФВД (1), аппарат ИВЛ (не менее 10% от потребности)	Компьютерный томограф (1), аппарат для рентгенографии (не менее 1 стационарного), аппарат УЗИ (не менее 1), бронхофиброскоп (1), биохимический анализатор (не менее 1), анализатор крови (не менее 1), аппарат для исследования ФВД (не менее 1), аппарат ИВЛ (не менее 30% от потребности)	Компьютерный томограф (1), аппарат для рентгенографии (не менее 1 стационарного), аппарат УЗИ (не менее 1), бронхофиброскоп (не менее 1), биохимический анализатор (не менее 1), анализатор крови (не менее 1), аппарат для исследования ФВД (не менее 1), аппарат ИВЛ (не менее 50% от потребности)	Компьютерный томограф (1), аппарат для рентгенографии (не менее 1 стационарного), аппарат УЗИ (не менее 1), бронхофиброскоп (не менее 1), биохимический анализатор (не менее 1), анализатор крови (не менее 1), аппарат для исследования ФВД (не менее 1), аппарат ИВЛ (не менее 70% от потребности)	Компьютерный томограф (1), аппарат для рентгенографии (не менее 1 стационарного, не менее 1 передвижного), аппарат УЗИ (не менее 2), бронхофиброскоп (не менее 2), биохимический анализатор (не менее 2), анализатор крови (не менее 2), аппарат для исследования ФВД (не менее 2), аппарат ИВЛ (по числу коек), аппарат ЭКМО (не менее 1)
<i>Наличие площадей для размещения дополнительных коек и возможность монтажа необходимых строительных и инженерно-технических конструкций</i>						
Минимальные характеристики помещений и инженерно-технических конструкций (сооружений)***	В медицинской организации отсутствуют койки анестезиологии и реанимации	В медицинской организации имеется блок реанимации и интенсивной терапии не более 6 коек, коечный фонд медицинской организации может быть полностью перепрофилирован для лечения пациен-	Число коек в палатной секции до 70 (за счет дополнительного резерва), вместимость палаты (отделения) реанимации и интенсивной терапии не более 6 коек, площадь на 1 койку в палате (отделении) ин-	Число коек в палатной секции до 70 (за счет дополнительного резерва), вместимость палаты (отделения) реанимации и интенсивной терапии не более 12 коек, площадь на 1 койку в палате (отделении) ин-	Число коек в палатной секции до 50 (за счет дополнительного резерва), вместимость палат реанимации и интенсивной терапии не более 12 коек или число коек в отделении анестезиологии, реани-	Число коек в палатной секции от 20 до 30, наличие боксов / боксированных палат, вместимость палат реанимации и интенсивной терапии не более 12 коек, или число коек в отделении анестезиологии,

COVID-19

Продолжение

Наименование параметра	Количество баллов для оценки					
	0	1	2	3	4	5
		тов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	тенсивной терапии, реанимации — не более 1,5 м ²	тенсивной терапии, реанимации — не менее 2 м ²	магии и интенсивной терапии от 6 до 18, площадь на 1 койку в палате интенсивной терапии, реанимации — не менее 3,5 м ²	реанимации и интенсивной терапии от 6 до 18, площадь на 1 койку в палате интенсивной терапии, реанимации — не менее 3,5 м ²
<i>Возможность монтажа дополнительных строительных и инженерно-технических конструкций</i>						
Конструктивно-планировочная характеристика медицинской организации	Медицинская организация без проведения капитального ремонта не имеет возможности для увеличения мощности. Территория медицинской организации ограничена площадью и не позволяет развернуть пристройку из быстровозводимых конструкций	Мощность медицинской организации может быть увеличена на 5—10% путем проведения капитального ремонта либо строительства быстровозводимых конструкций на территории	Мощность медицинской организации может быть увеличена на 10—15% путем проведения капитального ремонта либо строительства быстровозводимых конструкций на территории	Мощность медицинской организации может быть увеличена на 15—20% путем проведения капитального ремонта либо строительства быстровозводимых конструкций на территории	Мощность медицинской организации может быть увеличена на 20—30% путем проведения капитального ремонта либо строительства быстровозводимых конструкций на территории	Мощность медицинской организации может быть увеличена более чем на 30% путем проведения капитального ремонта либо строительства быстровозводимых конструкций на территории
Территориальное расположение						
<i>Территориальная доступность медицинской организации от населенного пункта (очага) возникновения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)</i>						
Расстояние до медицинской организации и время транспортировки пациентов бригадой скорой медицинской помощи	Расстояние до медицинской организации превышает 60 км, время транспортировки свыше 120 мин	Медицинская организация находится не далее 60 км, время транспортировки не превышает 120 мин	Медицинская организация находится не далее 45 км, время транспортировки не превышает 60 мин	Медицинская организация находится не далее 30 км от населенного пункта, время транспортировки не превышает 45 мин	Медицинская организация находится в черте населенного пункта либо в радиусе не более 15 км, время транспортировки не превышает 30 мин	Медицинская организация находится в черте населенного пункта, время транспортировки не превышает 20 мин
<i>Размещение медицинской организации и городской застройки*4</i>						
Расстояние до сеäteбной территории	Медицинская организация интегрирована в городскую инфраструктуру без соблюдения минимальных требований к расстоянию до территории жилой застройки	Размещение не более чем за 80 м от территории жилой застройки	Размещение не более чем за 90 м от территории жилой застройки	Размещение не более чем за 100 м от территории жилой застройки	Размещение в пригородной или зеленой зоне либо на расстоянии от 100 до 150 м от территории жилой застройки	Размещение в пригородной или зеленой зоне либо на расстоянии свыше 150 м от территории жилой застройки
<i>Категории автомобильных дорог и подъездных путей до медицинской организации*5</i>						
Класс автомобильной дороги	V	IV	III	II	IB—IV	IA—IB
Уровень медицинской организации и профили медицинской помощи						
Возможность перераспределения объемов медицинской помощи, в том числе в филиалах «онкология», «кардиология», «неврология», «сердечно-сосудистая хирургия», «нейрохирургия»	Медицинская организация III уровня, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по профилям «онкология», «кардиология», «неврология», «сердечно-сосудистая хирургия», «нейрохирургия»	Медицинская организация III уровня, оказывающая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по новым профилям либо являющаяся базисом скорой медицинской помощи	Медицинская организация III уровня, оказывающая преимущественно специализированную медицинскую помощь, объемы которой могут быть перераспределены в иные медицинские организации	Медицинская организация II уровня, оказывающая специализированную медицинскую помощь, в том числе пациентам с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, объемы которой могут быть перераспределены в иные медицинские организации	Медицинская организация II уровня, оказывающая специализированную медицинскую помощь	Медицинская организация I уровня, оказывающая специализированную медицинскую помощь, которая обладает технологическими и конструктивными возможностями для перепрофилирования в стационар для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)

Примечания. *Расчет проводится на должности медицинских работников в соотношении с количеством коек, развернутых для оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). Итоговый показатель медицинской организации по данному разделу формируется путем суммирования полученных значений по отдельным структурным подразделениям.

** Расчет потребности в медицинском оборудовании осуществляется на основе минимальных требований к оснащению структурно-подразделения медицинской организации для лечения COVID-19, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Рос-

сийской Федерации от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

*** В соответствии со Сводом Правил СП 158.13330.2014 «Здания и помещения медицинских организаций. Правила проектирования» (Приказ Министерства строительства и жилищно-коммунального хозяйства Российской Федерации от 18.02.2014 № 58/пр «Об утверждении свода правил «Здания и помещения медицинских организаций. Правила проектирования»).

*⁴ С учетом положений Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 № 58 (ред. от 10.06.2016) «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630—10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

*⁵ Постановление Правительства Российской Федерации от 28.09.2009 № 767 «О классификации автомобильных дорог в Российской Федерации».

По результатам данной оценки предлагается установить следующую классификацию медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19:

1. Стационары типа I (с суммой баллов от 50 до 70) — стационары, обладающие максимальной ресурсной базой и территориальной доступностью, в которые в первую очередь необходимо госпитализировать пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19.
2. Стационары типа II (с суммой баллов от 30 до 49) — стационары второй очереди (резерва), которые могут быть задействованы при неблагоприятном развитии эпидемиологического процесса.
3. Стационары типа III (с суммой баллов до 29) — стационары, малоприспособленные для оказания медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19, требующие значительных, но экономически нецелесообразных ресурсных вложений.

Заключение

Планирование медицинской инфраструктуры и ресурсов медицинских организаций в условиях развития и распространения коронавирусной инфекции COVID-19 должно осуществляться заблаговременно, включать в себя моделирование ситуаций с развитием эпидемиологического процесса, соотношенное с результатами многофакторного анализа потенциальных возможностей, имеющихся на территории регионов объектов здравоохранения, исходя из их конструктивно-планировочных характеристик, а также с учетом сложившегося территориального зонирования и транспортно-логистической сети.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Трегубов В. Н., Бовина А. А. Обеспеченность и потребность населения федеральных округов в коечном фонде. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(S):810—6.
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 февраля 2016 г. № 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201603250001>
3. Ситник А. А., Мурзич А. Э., Волоотовский П. А., Герасименко М. А. Травматологическая помощь в условиях пандемии

COVID-19. *Травматология и ортопедия России*. 2020;26(2):9—14.

4. Тимербулатов В. М., Тимербулатов М. В., Плечев В. В., Викторов В. В., Тимербулатов Ш. В., Гафарова А. Р., Гараев Р. Р. Хирургия в процессе и после пандемии COVID-19. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2020;15(3):17—21.
5. Хрулев А. Е., Фокеев В. А., Авдоница Ю. Д., Рогожкин С. Б., Остапюк М. В., Авдонин С. Н. Оказание специализированной нейрохирургической помощи в условиях пандемии COVID-19. *Медицинский альманах*. 2020;64(3):43—51.
6. Силаев Б. В., Вечорко В. И., Проценко Д. Н., Аверков О. В., Халикова Е. Ю. Минимальная потребность в реанимационных койках и дыхательном оборудовании в учреждениях, перепрофилированных под лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19. *Вестник интенсивной терапии имени А. И. Салтанова*. 2020;(2):34—40.
7. Стародубов В. И., Кадыров Ф. Н., Обухова О. В., Базарова И. Н., Ендовицкая Ю. В., Несветайло Н. Я. Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здравоохранении. *Менеджер здравоохранения*. 2020;(4):58—71.
8. Приложение 14 к письму Минздрава России от 24.12.2019 № 11-7/И/2-12330 «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». Режим доступа: <http://base.garant.ru/73383735/>
9. Письмо Минздрава России от 18.03.2014 № 16-0/10/2-1796 с методикой расчета потребности во врачебных кадрах субъектов Российской Федерации (Таблица 3.2.). Режим доступа: <http://base.garant.ru/70733248/>
10. Цветков В. В., Токин И. И., Лиознов Д. А., Венев Е. В., Куликов А. Н. Прогнозирование длительности стационарного лечения пациентов с COVID-19. *Медицинский совет*. 2020;(17):82—90.
11. Rees E. M., Nightingale E. S., Jafari Y., Waterlow N. R., Clifford S., Pearson C. A., Group C. W., Jombart T., Procter S. R., Knight G. M. COVID-19 length of hospital stay: a systematic review and data synthesis. *BMC Med*. 2020 Sep 3;18(1):270. doi: 10.1186/s12916-020-01726-3
12. Анциферов М. Б., Белевский А. С., Буланов А. Ю., Васильева Е. Ю., Журавлева М. В., Загребнева А. И., Зайрагьянц О. В., Лысенко М. А., Мазус А. И., Морозов С. П., Петриков С. С., Плавунов Н. Ф., Попугаев К. А., Проценко Д. Н., Сметанина С. В., Токарев А. С., Тяжелников А. А., Урожаева Ю. В., Фомина Д. С., Цыганова Е. В., Цибин А. Н., Чурадзе Б. Т. Клинический протокол лечения больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19, находящихся на стационарном лечении в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы. Под ред. А. И. Хрипуна. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; 2020. 28 с.

Поступила 15.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Tregubov V. N., Bovina A. A. Availability and need for population of the federal districts in hospital beds. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(S):810—6 (in Russian).
2. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of February 27, 2016 No. 132n «On the Requirements for the placement of medical organizations of the state health system and the municipal health system based on the needs of the population». Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201603250001> (in Russian).

COVID-19

3. Sitnik A. A., Murzich A. E., Volotovskii P. A., Gerasimenko M. A. Trauma care in COVID-19 pandemic. *Traumatologiya i ortopediya v Rossii*. 2020;26(2):9—14 (in Russian).
4. Timerbulatov V. M., Timerbulatov M. V., Plechev V. V., Victorov V. V., Timerbulatov Sh. V., Gafarova A. R., Garaev R. R. Surgery during and after COVID-2019 pandemi. *Meditsinskij vestnik Bashkortostanf*. 2020;15(3):17—21 (in Russian).
5. Khruiev A. E., Fokeev V. A., Avdonina Yu. D., Rogozhkin S. B., Ostapuyuk M. V., Avdonin S. N. Providing specialized neurosurgical care in the context of the COVID-19 pandemic. *Meditsinskij almanah*. 2020;64(3):43—51 (in Russian).
6. Silaev B. V., Vechorko V. I., Protsenko D. N., Averkov O. V., Khalikova E. Yu. Minimum requirements for resuscitation beds and respiratory equipment in institutions refined for treatment of the new coronavirus infection COVID-19. Article. *Vestnik intensivnoi terahii imeni A. I. Saltanova*. 2020;(2):34—40 (in Russian).
7. Starodubov V. I., Kadyrov F. N., Obukhova O. V., Bazarova I. N., Endovitskaya Yu. V., Nesvetailo N. Ya. The effect of coronavirus COVID-19 on the situation in Russian healthcare. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2020;(4):58—71 (in Russian).
8. Application № 14 to the letter of the Ministry of Health of Russia dated December 24, 2019 No. 11-7/1/2-12330 «On the direction of clarifications on the formation and economic justification of territorial programs of state guarantees of free provision of medical care to citizens for 2020 and for the planning period of 2021 and 2022». Available at: <http://base.garant.ru/73383735/> (in Russian).
9. Letter of the Ministry of Health of Russia dated 03/18/2014 No. 16-0/10/2-1796 with the methodology for calculating the need for medical personnel in the constituent entities of the Russian Federation (Table 3.2.). Available at: <http://base.garant.ru/70733248/> (in Russian).
10. Tsvetkov V. V., Tokin I. I., Lioznov D. A., Venev E. V., Kulikov A. N. Predicting the duration of inpatient treatment for COVID-19 patients. *Meditsinskij sovet*. 2020;(17):82—90 (in Russian).
11. Rees E. M., Nightingale E. S., Jafari Y., Waterlow N. R., Clifford S., Pearson C. A., Group C. W., Jombart T., Procter S. R., Knight G. M. COVID-19 length of hospital stay: a systematic review and data synthesis. *BMC Med*. 2020 Sep 3;18(1):270. doi: 10.1186/s12916-020-01726-3
12. Antsiferov M. B., Belevsky A. S., Bulanov A. Yu., Vasilieva E. Yu., Zhuravleva M. V., Zagrebneva A. I., Zayratyants O. V., Lysenko M. A., Mazus A. I., Morozov S. P., Petrikov S. S., Plavunov N. F., Popugaev K. A., Protsenko D. N., Smetanina S. V., Tokarev A. S., Tyazhelnikov A. A., Urozhaeva Yu. V., Fomina D. S., Tsyganova E. V., Tsibin A. N., Churadze B. T. Clinical protocol for the treatment of patients with the new coronavirus infection COVID-19 who are inpatient treatment in medical organizations of the state health system of the city of Moscow [*Klinicheskiy protokol lecheniya bol'nykh novoy koronavirusnoy infektsiyey COVID-19, nakhodyashchikhsya na stacionarnom lechenii v meditsinskikh organizatsiyakh gosudarstvennoy sistemy zdravookhraneniya goroda Moskvy*]. Ed. A. I. Khripun. Moscow: GBU «NII OZMM DZM»; 2020. 28 p. (in Russian).

© Коллектив авторов, 2021

УДК 614.2

Мингазова Э. Н.^{1–3}, Гуреев С. А.¹, Сидоров В. В.¹**РОЛЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВИТАМИНОМ D В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 (ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)**¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, 117997, г. Москва;³ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, г. Казань

Представлен обзор научной информации о современных особенностях обеспеченности населения витамином D, его роли при риске инфекционных заболеваний и COVID-19. В результате анализа определяется, что дефицит витамина D не только способствует высокому риску восприимчивости к инфекционному агенту, но и негативно влияет на течение и исход заболевания. Выявлена значимая роль витамина D в профилактике и лечении вирусных заболеваний. Исследования зарубежных авторов подтверждают, что при инфекционных заболеваниях и на ранних стадиях COVID-19 за элиминацию вируса отвечает защитный иммунный ответ, следовательно, применение витамина D при лечении COVID-19 является стратегией иммунопротекции. Авторы считают, что при инфекционных рисках необходимо профилактическое применение витамина D, а при начальных проявлениях COVID-19 целесообразно оперативное достижение уровней оптимального статуса обеспеченности микронутриентами.

Ключевые слова: пандемия COVID-19; витамин D; витаминная обеспеченность; инфекционные риски; микронутриенты; профилактика.

Для цитирования: Мингазова Э. Н., Гуреев С. А., Сидоров В. В. Роль обеспеченности населения витамином D в условиях пандемии COVID-19 (обзор зарубежной литературы). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):32–36. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-32-36>

Для корреспонденции: Мингазова Эльмира Нурисламовна, член-корреспондент Академии наук Республики Татарстан, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

Mingazova E. N.^{1–3}, Gureev S. A.¹, Sidorov V. V.¹**THE ROLE OF SUPPLYING POPULATION WITH VITAMIN D IN CONDITIONS OF COVID-19 PANDEMIC: FOREIGN PUBLICATIONS REVIEW**¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «N. I. Pirogov Russian National Research Medical University» of Minzdrav of Russia, 117997, Moscow, Russia;³The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Kazan State Medical University» of Minzdrav of Russia, 420012, Kazan, Russia

The overview of scientific information concerning actual characteristics of population's supply with vitamin D and its role in case of risk of development of infectious diseases and COVID-19 is presented. The analysis established that vitamin D deficiency contributes both to higher risk of susceptibility to infectious agent and to negative impact to course and outcome of disease. The significant role of vitamin D in prevention and treatment of viral diseases is established. The international research studies confirm that at infectious diseases and early stages of COVID-19 protective immune response is responsible for elimination of the virus. Therefore, using vitamin D in treatment of COVID-19 is the strategy of immune protection. The authors consider that in case of infectious risks, preventive application of vitamin D is necessary. In case of initial manifestations of COVID-19, it is appropriate to promptly achieve levels of optimal status of micro-nutrient supply.

Keywords: COVID-19; pandemic; vitamin D; vitamin supply; infectious risk; micro-nutrient; prevention.

For citation: Mingazova E. N., Gureev S. A., Sidorov V. V. The role of supplying population with vitamin D in conditions of COVID-19 pandemic: foreign publications review. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;29(1):32–36 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-32-36>

For correspondence: Mingazova E. N., the Corresponding Member of the Academy of Sciences of the Republic of Tatarstan, doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health». e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 15.07.2020

Accepted 29.10.2020

В связи с большой нагрузкой на систему здравоохранения, вызванной пандемией COVID-19, перед исследователями встали задачи изучения мер по улучшению состояния пациентов с целью ускорения выздоровления и уменьшения негативных последствий для их здоровья и жизни, а также задачи выработки стратегий защиты и профилактики. Ученые полагают, что у пациентов с COVID-19 на ранних стадиях заболевания защитный иммунный ответ от-

вечает за элиминацию вируса, поэтому большое значение имеют стратегии улучшения иммунного ответа населения. Особая роль в поддержке иммунитета при вирусных заболеваниях и, возможно, для профилактики и лечения COVID-19, отводится витамину D [1–4].

Исследования показали, что дефицит в обеспеченности населения витамином D часто встречается у жителей Европы независимо от возраста, этниче-

COVID-19

ской принадлежности и места проживания. Так, около 40% европейцев испытывают дефицит [уровни $25(\text{OH})\text{D} < 50$ нмоль/л], а 13% страдают от серьезного дефицита витамина D ($25(\text{OH})\text{D} < 30$ нмоль/л). Авторы также отмечают серьезный дефицит витамина D у населения стран в субтропических регионах и средних широтах: в Саудовской Аравии (46%), Катаре (46%), Иране (33,4%), Чили (26,4%), Франции (27,3%), Португалии (21,2%), Австрии (19,3%). При этом в некоторых странах, расположенных на высоких широтах, например в Норвегии, Финляндии, Швеции, Дании и Нидерландах, отмечается отсутствие острого дефицита витамина D. Но все же именно жители северных регионов Европы и представители отдельных этнических групп наиболее подвержены риску дефицита витамина D [5, 6].

Авторы отмечают, что в европейских странах дефицит витамина D чаще встречается у людей с черной кожей, азиатов и представителей других этнических групп с темной кожей, объясняя это тем, что кожа более темного цвета продуцирует намного меньше витамина D, чем белая [7].

Также исследователи отмечают, что в Чикаго (США) более половины случаев COVID-19 и около 70% случаев смерти от COVID-19 наблюдались у афроамериканцев, которые подвержены большему риску дефицита витамина D [8].

Вместе с тем подмечено, что дефицит витамина D, особенно часто проявляющийся в зимний период, связан с сезонными вирусными заболеваниями. Оптимальный статус витамина D в организме снижает риск не только вирусных заболеваний, но и риск развития ряда хронических заболеваний (онкологические и сердечно-сосудистые, сахарный диабет, гипертензия), значительно утяжеляющих протекание сезонных инфекционных заболеваний [9, 10].

Известно, что распространенным признаком ожирения является дефицит витамина D, который увеличивает риск системных инфекций и ослабляет иммунный ответ. Эпидемиологические данные на примере Италии подтверждают высокую распространенность гиповитаминоза D в Европе, особенно среди лиц с ожирением и пожилых женщин с диабетом [11–13].

Как показал проведенный в Китае анализ статуса витамина D, у 16,1% детей обнаружен дефицит витамина D (< 50 нмоль/л), у 38,8% детей его уровень достаточный (50–74,9 нмоль/л), у 45,1% детей младшего возраста — оптимальный статус витамина D (75 нмоль/л). При этом распространенность дефицита витамина D была выше осенью (19,5%), чем летом (12,1%) [14].

Другое исследование, проведенное в Китае на популяционном уровне, показало, что статус витамина D у детей и подростков зависит от времени года и возраста. В работе был оценен статус витамина D с учетом возраста, пола, типа региона проживания, этнической принадлежности, продолжительности времени, которое ребенок обычно проводит на открытом воздухе, и приема витамина D [15].

Дополнительный прием витамина D оказывает дозозависимое благоприятное воздействие на здоровье костей и мышечную силу, что особенно важно ввиду возможности отягощения инфекционного заболевания переломами костей у пациентов с недостаточным питанием в анамнезе [16, 17].

Витамин D, обладая широким спектром иммуномодулирующих, противовоспалительных, антифибротических и антиоксидантных действий, может дать преимущества при возникновении аутоиммунных заболеваний, таких как диабет, ревматоидный артрит и астма, а низкие уровни обеспеченности населения 25-гидроксивитамином D — $25(\text{OH})\text{D}$ — оказывают негативное влияние на здоровье, в частности на риск инфекционных заболеваний дыхательных путей [18–20].

Витамин D защищает дыхательные пути, убивает вирусы с оболочкой путем индукции кателицидина и дефензинов, уменьшает выработку провоспалительных цитокинов врожденной иммунной системой, тем самым снижая риск цитокинового шторма, приводящего к пневмонии. Добавление витамина D может предотвратить респираторные инфекции с помощью нескольких иммунорегуляторных функций, включая снижение выработки провоспалительных цитокинов врожденной иммунной системой, вызывающих пневмонию [21, 22].

Показано, что витамин D участвует в ингибировании экспрессии воспалительных цитокинов, в то время как дефицит витамина D связан со сверхэкспрессией цитокинов Th1, при этом тяжелая недостаточность витамина D (< 25 нмоль/л) связана с прогрессированием заболевания и повышенной смертностью у пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени. Это приводит авторов к предположению, что дефицит витамина D можно рассматривать как патогенный фактор, который можно измерять, отслеживать и корректировать [8].

С целью оценки общего влияния приема витамина D на риск развития острой инфекции дыхательных путей были проведены комплексные исследования, включающие в себя рандомизированные двойные слепые, а также плацебоконтролируемые тесты потребления пищевых добавок с витамином D₃ или витамином D₂, скорректированные с данными о частоте возникновения острой инфекции дыхательных путей. На материалах исследования, включавшего 11 321 участника в возрасте от 0 до 95 лет, было обнаружено, что обогащение рационов питания витамином D снижает риск острой инфекции дыхательных путей. Введение витамина D было безопасным и защищало от риска острых инфекций дыхательных путей, причем наибольший защитный эффект наблюдался у пациентов с дефицитом витамина D в анамнезе [22].

Показано, что для снижения риска заражения гриппом и/или COVID-19 людям, более подверженным этим рискам, рекомендуется принимать 10 000 МЕ/сут витамина D₃ в течение нескольких недель, чтобы быстро повысить концентрацию $25(\text{OH})\text{D}$, а затем снизить суточную дозу приема до 5000 МЕ/сут,

при этом целевой нормой должно быть повышение концентрации 25(OH)D выше 40—60 нг/мл (100—150 нмоль/л) [10].

Исследования статуса витамина D у пациентов с COVID-19 показали, что лечение высокой дозой витамина D (250 000—500 000 МЕ) является безопасным для пациентов при искусственной вентиляции легких, находящихся в критическом состоянии. Употребление витамина D связано со снижением длительности пребывания пациентов в стационаре, улучшением способности крови переносить кислород и повышением уровня гемоглобина. Риск острых вирусных инфекций дыхательных путей был в два раза ниже, если уровень витамина D в сыворотке был ≥ 95 нмоль/л (отношение рисков 0,51; 95% ДИ 0,25—0,84; $p < 0,0001$), а доля дней заболевания была в 5 раз меньше (0,8% против 3,9%; $p = 0,02$) по сравнению с пациентами при уровне < 95 нмоль/л. Хотя инфекция COVID-19 является разновидностью острой респираторной инфекции, авторы признают, что у них нет данных, позволяющих утверждать, что добавка витамина D снизит частоту инфицирования COVID-19. Однако они считают безопасным ежедневное употребление в умеренных дозах витамина D₃, за исключением некоторых редких случаев повышенной чувствительности к витамину D (например, мутация в гене CYP24A1 или саркоидоз) [8].

Интересной представляется работа, в которой более подробно рассмотрено использование витамина D при лечении COVID-19. Авторами признается необходимость измерения уровней 25(OH)D в сыворотке во всех стационарных и амбулаторных группах больных с COVID-19 на разных стадиях заболевания для определения необходимости поддержания или быстрого повышения уровней циркулирующего 25(OH)D до оптимального диапазона 40—60 нг/мл (100—150 нмоль/л). Считается важным сначала определить взаимосвязь между исходным статусом витамина D и тяжестью заболевания с помощью лабораторных биохимических анализов на концентрацию лейкоцитов, С-реактивного белка, лимфоцитов, лактатдегидрогеназы, интерлейкина-6, тромбоцитов, альбумина и ферритина в сыворотке. Авторы признают, что основной стадией лечения дефицита витамина D является измерение базовых уровней 25(OH)D в сыворотке, а затем рассмотрение дозы добавки на основе целевого уровня и того, как быстро этот уровень должен быть достигнут. Для быстрого и безопасного повышения уровней 25(OH)D в сыворотке рекомендуется при уровне витамина D ниже 50 нмоль/л вводить его в количестве 50 000 МЕ 2 раза в неделю при постановке диагноза (всего 100 000 МЕ). В целом для достижения концентрации 25(OH)D в сыворотке выше 100 нмоль/л необходимы дозы выше 6000 МЕ/сут, потребление витамина D до 15 000 МЕ/сут признается безопасным. Необходимо изучить связь между первоначальной реакцией пациентов на прием витамина D с развитием заболевания, выздоровлением и различными клиническими исходами. После 100 000 МЕ стартовой дозы авторы предлагают продолжить прием до-

зы 50 000 МЕ, принимаемой один раз в неделю в течение второй и третьей недель. Предполагается, что последующие дозы 50 000 МЕ достигают оптимального уровня 25(OH)D у пациентов с низким исходным статусом витамина D. Исследование показало необходимость наблюдения за пациентами, принимавшими витамин D, для обеспечения нормализации уровня циркулирующих витаминов и поддержки достигнутых уровней в течение пандемии COVID-19. Таким образом, учитывая высокую распространенность дефицита витамина D, а также для быстрого, безопасного и значительного повышения концентрации в сыворотке авторами предлагается добавление в высоких дозах витамина D с потенциальной пользой в снижении риска тяжести и смертности от COVID-19, что является безопасным и неинвазивным лечением. Большие дозы витамина D, принимаемые пациентами в течение 1 нед, а затем несколько тысяч международных единиц (МЕ) в сутки витамина D в течение 2 нед обеспечат быстрое и устойчивое восстановление уровня витамина D в сыворотке, что потенциально может привести к улучшению клинического состояния и прогноза. Авторы исследования также признают необходимость дальнейших клинических исследований для уточнения роли витамина D в качестве адъювантной терапии у пациентов с COVID-19 [23].

Применение добавок витамина D в лечебных целях выше рекомендуемой нормы, но в пределах рекомендуемых верхних пределов безопасности считается оправданным и другие исследователи [24].

Поскольку дефицит витамина D является сопутствующим признаком ожирения, некоторые авторы полагают, что дефицит этого витамина потенциально может быть связан с большим риском осложнений и смертности от COVID-19 [10].

Для поддержания иммунной системы при риске инфекционных заболеваний исследователи рекомендуют здоровый образ жизни, сбалансированное питание, прием добавок, особенно витаминов D и C, омега-3 жирных кислот, регулярную физическую активность и снижение воздействия других факторов среды, негативно влияющих на иммунитет [2].

Во время карантина из-за ограниченного пребывания людей на солнце исследователи рекомендуют получать больше витамина D из натуральных продуктов питания, содержащих витамин D (рыба, печень, яичный желток и кисломолочные продукты) [9, 21].

Заключение

Большинство исследователей особо подчеркивают значимость обеспеченности населения витамином D для сопротивляемости организма инфекционным заболеваниям и COVID-19. Исследователи полагают, что дефицит витамина D является легко модифицируемым фактором риска острого респираторного заболевания и должен активно корректироваться с помощью недорогих, безопасных и легкодоступных витаминно-минеральных комплексов, содержащих витамин D. Даже небольшое уменьшение

COVID-19

числа случаев заболевания COVID-19 оправдывает применение витамина D при лечении. Можно предположить, что, с учетом высокой распространенности дефицита витамина D, особенно в холодное время года, из-за недостатка солнечного света, для многих людей, остающихся в домашних условиях из-за пандемии даже весной и летом, а также для людей с такими факторами риска его дефицита, как ожирение, пожилой возраст, темная кожа, отсутствие солнечного света, прием витамина D особенно необходим. Высокая распространенность дефицита витамина D у пожилых людей, курильщиков, пациентов с хроническими заболеваниями и избыточным жиром как наиболее тяжело переносящих COVID-19 делает возможным изучение роли витамина D в качестве терапевтического агента при лечении COVID-19 и других инфекционных заболеваний.

Витамин D защищает дыхательные пути, сохраняя плотные соединения, убивая вирусы с оболочкой путем индукции кателицидина и дефензинов и уменьшая выработку провоспалительных цитокинов врожденной иммунной системой, тем самым снижая риск цитокинового шторма, приводящего к пневмонии.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Lauretani F, Ravazzoni G., Roberti M. F. Assessment and treatment of older individuals with COVID 19 multi-system disease: Clinical and ethical implications. *Acta Biomed.* 2020;91(2):150—68. doi: 10.23750/abm.v91i2.9629
2. Galli F, Reglero G., Bartolini D., Visioli F. Better prepare for the next one. Lifestyle lessons from the COVID-19 pandemic. *Edit. Pharma Nutr.* 2020 Jun;12:100193. doi: 10.1016/j.phanu.2020.100193
3. Gasmı A., Noor S., Tippairote T., Dadar M., Menzel A., Björklund G. Individual Risk Management Strategy and Potential Therapeutic Options for the COVID-19 Pandemic. *Rev. Clin. Immunol.* 2020;215:108409. doi: 10.1016/j.clim.2020.108409. Online ahead of print.
4. Jayawardena R., Sooriyaarachchi P., Chourdakis M., Jeewandara C., Ranasinghe P. Enhancing Immunity in Viral Infections, With Special Emphasis on COVID-19: A Review. *Diabetes Metab. Syndr.* 2020;14(4):367—82. doi: 10.1016/j.dsx.2020.04.015. Online ahead of print.
5. Kara M., Ekiz T., Ricci V., Kara Ö., Chang K. V., Özçakar L. 'Scientific Strabismus' or Two Related Pandemics: COVID-19 & Vitamin D Deficiency. *Brit. J. Nutr.* 2020;12:1—20. doi: 10.1017/S0007114520001749
6. Tylavsky F., Cheng S., Lyytikäinen A., Viljakainen H., Lamberg-Allardt C. Strategies to Improve Vitamin D Status in Northern European Children: Exploring the Merits of Vitamin D Fortification and Supplementation. *J. Nutr.* 2006;136(4):1130—4. doi: 10.1093/jn/136.4.1130
7. Uday S., Fratzi-Zelman N., Roschger P., Klaushofer K., Chikermane A., Saraff V., Tulchinsky T., Thacher T. D., Marton T., Högl W. Cardiac, bone and growth plate manifestations in hypocalcemic infants: revealing the hidden body of the vitamin D deficiency iceberg. *BMC Pediatr.* 2018;18(1):183. doi: 10.1186/s12887-018-1159-y
8. Zemb P., Bergman P., Camargo Jr C. A., Cavalier E., Cormier C., Courbebaisse M. Vitamin D Deficiency and COVID-19 Pandemic. *J. Glob. Antimicrob. Resist.* 2020;S2213-7165(20):30132-6. doi: 10.1016/j.jgar.2020.05.006. Online ahead of print.
9. Muscogiuri G., Altieri B., Annweiler C., Balercia G., Pal H. B., Boucher B. J. Vitamin D and chronic diseases: the current state of the art. *Arch. Toxicol.* 2017;91:97—107.
10. Grant W. G., Lahore H., McDonnell S. L. Evidence that Vitamin D Supplementation Could Reduce Risk of Influenza and COVID-19 Infection. *Infect Deaths Nutr.* 2020;12(4):988.

11. Bouillon R., Marcocci C., Carmeliet G. Skeletal and extraskeletal actions of vitamin D: current evidence and outstanding questions. *Endocr. Rev.* 2019;40:1109—51. doi: 10.1210/er.2018-00126
12. Isaia G., Giorgino R., Rini G. B. Prevalence of hypovitaminosis D in elderly women in Italy: clinical consequences and risk factors. *Osteoporos Int.* 2003;14:577—82. doi: 10.1007/s00198-003-1390-7
13. Formenti A. M., Tecilazich F., Frera S. Body mass index predicts resistance to active vitamin D in patients with hypoparathyroidism. *Endocrine.* 2019;66:699—700. doi: 10.1007/s12020-019-02105-6
14. Zhao X., Xiao J., Liao X. Vitamin D Status among Young Children Aged 1—3 Years: A Cross-Sectional Study in Wuxi, China. *PLoS One.* 2015;10(10):1—11. doi: 10.1371/journal.pone.0141595
15. Hu Y., Chen J., Wang R. Vitamin D Nutritional Status and Its Related Factors for Chinese Children and Adolescents in 2010—2012. *Nutrients.* 2017;9(9):1024. doi: 10.3390/nu9091024
16. Bischoff-Ferrari H. A., Dawson-Hughes B., Staehelin H., Orav J., Stuck A., Theiler R., Wong J., Egli A., Kiel D., Henschkowski J. Fall prevention with supplemental and active forms of Vitamin D: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Brit. Med. J.* 2009;339(7725):843—6. doi: 10.1136/bmj.b3692
17. Bischoff-Ferrari H. A., Shao A., Dawson-Hughes B., Hathcock J., Giovannucci E., Willett W. C. Benefit-risk assessment of vitamin D supplementation. *Osteoporosis Int.* 2010;21(7):1121—32. doi: 10.1007/s00198-009-1119-3
18. Rejnmark L., Bislev L. S., Cashman K. D. Non-skeletal health effects of vitamin D supplementation: A systematic review on findings from meta-analyses summarizing trial data. *PLoS One.* 2017 Jul 7;12(7):e0180512. doi: 10.1371/journal.pone.0180512
19. Ginde A. A., Mansbach J. M., Camargo C. A. Association between serum 25-hydroxyvitamin D level and upper respiratory tract infection in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch. Intern. Med.* 2009;169(4):384—90. doi: 10.1001/archinternmed.2008.560
20. Bouillon R., Bischoff-Ferrari H., Willett W. Vitamin D and health: perspectives from mice and man. *J. Bone Mineral Res.* 2008;23(7):974—9. doi: 10.1359/jbmr.080420
21. Muscogiuri G., Barrea L., Savastano S. Nutritional recommendations for COVID-19 quarantine. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2020;74:850—1. doi: 10.1038/s41430-020-0635-2
22. Martineau A. R., Jolliffe D. A., Hooper R. L. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ.* 2017;356:i6583. doi: 10.3310/hta23020.20
23. Ebadi M., Montano-Loza A. J. Perspective: improving vitamin D status in the management of COVID-19. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2020;74:856—9. doi: 10.1038/s41430-020-0661-0
24. Calder P. C., Carr A. C., Gombart A. F., Eggersdorfer M. Optimal Nutritional Status for a Well-Functioning Immune System Is an Important Factor to Protect Against Viral Infections. *Nutrients.* 2020;12(4):1181. doi: 10.3390/nu12041181

Поступила 15.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Lauretani F, Ravazzoni G., Roberti M. F. Assessment and treatment of older individuals with COVID 19 multi-system disease: Clinical and ethical implications. *Acta Biomed.* 2020;91(2):150—68. doi: 10.23750/abm.v91i2.9629
2. Galli F, Reglero G., Bartolini D., Visioli F. Better prepare for the next one. Lifestyle lessons from the COVID-19 pandemic. *Edit. Pharma Nutr.* 2020 Jun;12:100193. doi: 10.1016/j.phanu.2020.100193
3. Gasmı A., Noor S., Tippairote T., Dadar M., Menzel A., Björklund G. Individual Risk Management Strategy and Potential Therapeutic Options for the COVID-19 Pandemic. *Rev. Clin. Immunol.* 2020;215:108409. doi: 10.1016/j.clim.2020.108409. Online ahead of print.
4. Jayawardena R., Sooriyaarachchi P., Chourdakis M., Jeewandara C., Ranasinghe P. Enhancing Immunity in Viral Infections, With Special Emphasis on COVID-19: A Review. *Diabetes Metab. Syndr.* 2020;14(4):367—82. doi: 10.1016/j.dsx.2020.04.015. Online ahead of print.
5. Kara M., Ekiz T., Ricci V., Kara Ö., Chang K. V., Özçakar L. 'Scientific Strabismus' or Two Related Pandemics: COVID-19 & Vitamin D Deficiency. *Brit. J. Nutr.* 2020;12:1—20. doi: 10.1017/S0007114520001749
6. Tylavsky F., Cheng S., Lyytikäinen A., Viljakainen H., Lamberg-Allardt C. Strategies to Improve Vitamin D Status in Northern European Children: Exploring the Merits of Vitamin D Fortification and

- Supplementation. *J. Nutr.* 2006;136(4):1130–4. doi: 10.1093/jn/136.4.1130
7. Uday S., Fratzl-Zelman N., Roschger P., Klaushofer K., Chikermane A., Saraff V., Tulchinsky T., Thacher T. D., Marton T., Högl W. Cardiac, bone and growth plate manifestations in hypocalcemic infants: revealing the hidden body of the vitamin D deficiency iceberg. *BMC Pediatr.* 2018;18(1):183. doi: 10.1186/s12887-018-1159-y
 8. Zemb P., Bergman P., Camargo Jr C. A., Cavalier E., Cormier C., Courbebaiss M. Vitamin D Deficiency and COVID-19 Pandemic. *J. Glob. Antimicrob. Resist.* 2020;S2213-7165(20):30132-6. doi: 10.1016/j.jgar.2020.05.006. Online ahead of print.
 9. Muscogiuri G., Altieri B., Annweiler C., Balercia G., Pal H. B., Boucher B. J. Vitamin D and chronic diseases: the current state of the art. *Arch. Toxicol.* 2017;91:97–107.
 10. Grant W. G., Lahore H., McDonnell S. L. Evidence that Vitamin D Supplementation Could Reduce Risk of Influenza and COVID-19 Infection. *Deaths Nutr.* 2020;12(4):988.
 11. Bouillon R., Marcocci C., Carmeliet G. Skeletal and extraskeletal actions of vitamin D: current evidence and outstanding questions. *Endocr. Rev.* 2019;40:1109–51. doi: 10.1210/er.2018-00126
 12. Isaia G., Giorgino R., Rini G. B. Prevalence of hypovitaminosis D in elderly women in Italy: clinical consequences and risk factors. *Osteoporos Int.* 2003;14:577–82. doi: 10.1007/s00198-003-1390-7
 13. Formenti A. M., Tecilazich F., Frara S. Body mass index predicts resistance to active vitamin D in patients with hypoparathyroidism. *Endocrine.* 2019;66:699–700. doi: 10.1007/s12020-019-02105-6
 14. Zhao X., Xiao J., Liao X. Vitamin D Status among Young Children Aged 1–3 Years: A Cross-Sectional Study in Wuxi, China. *PLoS One.* 2015;10(10):1–11. doi: 10.1371/journal.pone.0141595
 15. Hu Y., Chen J., Wang R. Vitamin D Nutritional Status and Its Related Factors for Chinese Children and Adolescents in 2010–2012. *Nutrients.* 2017;9(9):1024. doi: 10.3390/nu9091024
 16. Bischoff-Ferrari H. A., Dawson-Hughes B., Staehelin H., Orav J., Stuck A., Theiler R., Wong J., Egli A., Kiel D., Henschkowski J. Fall prevention with supplemental and active forms of Vitamin D: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Brit. Med. J.* 2009;339(7725):843–6. doi: 10.1136/bmj.b3692
 17. Bischoff-Ferrari H. A., Shao A., Dawson-Hughes B., Hathcock J., Giovannucci E., Willett W. C. Benefit-risk assessment of vitamin D supplementation. *Osteoporos Int.* 2010;21(7):1121–32. doi: 10.1007/s00198-009-1119-3
 18. Rejnmark L., Bislev L. S., Cashman K. D. Non-skeletal health effects of vitamin D supplementation: A systematic review on findings from meta-analyses summarizing trial data. *PLoS One.* 2017 Jul 7;12(7):e0180512. doi: 10.1371/journal.pone.0180512
 19. Ginde A. A., Mansbach J. M., Camargo C. A. Association between serum 25-hydroxyvitamin D level and upper respiratory tract infection in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch. Intern. Med.* 2009;169(4):384–90. doi: 10.1001/archinternmed.2008.560
 20. Bouillon R., Bischoff-Ferrari H., Willett W. Vitamin D and health: perspectives from mice and man. *J. Bone Mineral Res.* 2008;23(7):974–9. doi: 10.1359/jbmr.080420
 21. Muscogiuri G., Barrea L., Savastano S. Nutritional recommendations for COVID-19 quarantine. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2020;74:850–1. doi: 10.1038/s41430-020-0635-2
 22. Martineau A. R., Jolliffe D. A., Hooper R. L. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ.* 2017;356:i6583. doi: 10.3310/hta23020.20
 23. Ebadi M., Montano-Loza A. J. Perspective: improving vitamin D status in the management of COVID-19. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2020;74:856–9. doi: 10.1038/s41430-020-0661-0
 24. Calder P. C., Carr A. C., Gombart A. F., Eggersdorfer M. Optimal Nutritional Status for a Well-Functioning Immune System Is an Important Factor to Protect Against Viral Infections. *Nutrients.* 2020;12(4):1181. doi: 10.3390/nu12041181

COVID-19

© Лескова И. В., Зязин С. Ю., 2021
УДК 316.7

Лескова И. В., Зязин С. Ю.

НЕДОВЕРИЕ К ВАКЦИНАЦИИ КАК ИНФОРМАЦИОННЫЙ ВБРОС

ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», 129226, г. Москва

Ключевыми требованиями к вакцине являются ее безопасность и эффективность. В период, когда чрезвычайно остро встал вопрос вакцинации, некоторые граждане добровольно стали отказываться от проведения важной процедуры, не задумываясь, что подвергают опасности не только себя, но и других людей.

Цель исследования — уточнить доводы и методы распространения антипрививочной пропаганды и выявить научные контраргументы. На современном этапе существует достаточное число материалов, посвященных недоверию к вакцинации и вакцинопрофилактике инфекционных заболеваний. Проведен систематический качественный обзор публикаций по интересующей нас проблематике.

Доказано, что недоверие к вакцинации поддерживается искусственно и носит характер информационного вируса. Информационные вбросы фейковых новостей про опасность вакцин и вред вакцинации подрывают у населения доверие к системе здравоохранения и вакцинопрофилактике. Проблема является актуальной и дискуссионной, каждый человек должен самостоятельно определить отношение к вакцинации, принимая на себя ответственность за собственное здоровье.

В заключение выдвинут ряд фактов, опровергающих убеждения антивакцинаторов.

К л ю ч е в ы е с л о в а : вакцина; прививка; коронавирус; COVID-19; антивакцинаторы; антипрививочники; здоровье; здравоохранение.

Для цитирования: Лескова И. В., Зязин С. Ю. Недоверие к вакцинации как информационный вброс. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):37—40. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-37-40>

Для корреспонденции: Лескова Ирина Валерьевна, д-р социол. наук, профессор факультета социологии ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», e-mail: leskova.i@yandex.ru

Leskova I. V., Zyazin S. Yu.

THE LACK OF CONFIDENCE TO VACCINATION AS INFORMATION PLANTING

The Federal State Budget Institution of High Education “The Russian State Social University”, 129226, Moscow, Russia

The key requirements to vaccine are its safety and efficiency. Nowadays, when issue of vaccination is extremely acute, certain citizens began voluntarily to refuse important procedure, not becoming thoughtful that they endanger both themselves and other people. The purpose of the study is to specify the arguments and methods of circulation of anti-vaccination propaganda and to find out scientific counterarguments. Actually, there is sufficient data concerning lack of confidence to vaccination and vaccine prevention of infectious diseases. The systematic qualitative review of publications on issues of interest was carried out.

It is established that lack of confidence to vaccination is maintained artificially and can be characterized as an information virus. The information throw-ins of fake-news about danger of vaccine and harm of vaccination undermine population trust to health care and vaccine prevention. The problem continues to be actual and controversial. So, every individual is independently to determine one's attitude to vaccination and to take charge of one's own health. Also, a number of facts is presented refuting convictions of anti-vaccinators.

К е y w o r d s : vaccine; inoculation; coronavirus; COVID-19; anti-vaccinators; health; health care; Russia.

For citation: Leskova I. V., Zyazin S. Yu. The lack of confidence to vaccination as information planting. *Problemi socialnoi giyeni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):37—40 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-37-40>

For correspondence: Leskova I. V., doctor of sociological sciences, professor of the Faculty of Sociology of the The Federal State Budget Institution of High Education “The Russian State Social University”. e-mail: leskova.i@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 13.08.2020
Accepted 29.10.2020

Введение

Профилактические прививки, прочно вошедшие в жизнь миллионов людей, являются высокоэффективным профилактическим средством против опасных инфекционных заболеваний. Инфекционные болезни занимают особое место среди всех известных заболеваний человека. Опасность заключается в том, что возбудитель заболевания способен вызвать заражение человека и может привести к серьезным осложнениям и даже летальному исходу. Последствия таких заболеваний могут принимать характер широкомасштабных эпидемий. На примере широко

известного инфекционного заболевания под названием «коронавирус», спровоцировавшего пандемию COVID-19, мы могли убедиться, что даже при известных причинах и способах заражения не всегда имеются эффективные методы лечения.

В медицинской практике прививки делают или в целях формирования у человека невосприимчивости к опасным инфекциям, или для лечения уже заразившегося человека на раннем этапе. С профилактическими прививками знаком практически каждый человек: первые вакцины вводят в детстве и уже затем осуществляют реиммунизацию, если возникает такая необходимость.

Материалы и методы

На современном этапе существует достаточное число материалов, посвященных недоверию к вакцинации и вакцинопрофилактике инфекционных заболеваний. Проведен систематический качественный обзор публикаций по интересующей нас проблеме.

Цель исследования — уточнить доводы и методы распространения антипрививочной пропаганды и выяснить научные контраргументы.

Антивакцинаторы и антипрививочники

Первое движение на фоне недоверия вакцине возникло после разработки препарата против высокозаразной вирусной инфекции под названием оспа, основные аргументы противников носили религиозный характер [1].

В настоящее время антипрививочное движение, или антивакцинаторство, выступает против массовой вакцинации и оспаривает ее правомерность, эффективность и безопасность. Скептицизм в отношении вакцинации вбирает в себя как полный отказ от вакцинаций, так и отказ от отдельных вакцин, а также изменение схем и сроков иммунизации, рекомендаций медицинскими учреждениями. В целом отказ от вакцины может запустить вспышки заболеваний, стать причиной болезней и смертей, которые можно было бы предотвратить [2].

Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) акцентируют, что доводы антивакцинаторов в большинстве своем не подтверждаются научными данными и характеризуются термином «тревожное и опасное заблуждение». Более того, десять основных проблем здравоохранения, над которыми работает ВОЗ, включают и проблему недоверия к вакцинации [3].

Коронавирус

Во всем мире иммунизация признана важнейшим способом спасения от COVID-19. Вместе с тем общественное движение антивакцинаторства пытается поставить под сомнение не только эффективность и безопасность прививок, но и их правомерность.

Вакцины от коронавируса пока не существует, проходят только испытания по изобретению препарата, однако во всем мире найдется немало сторонников, которые не только не хотят прививаться от COVID-19, но и повсеместно распространяют свое мнение, которое сводится к тому, что вакцина, которую еще не изобрели, несет опасность и вред [4].

На данный момент в мире разрабатывается более 200 вакцин от коронавируса, шесть из которых проходят клинические испытания и, как заявил генеральный директор ВОЗ Адан Тедрос, находятся на продвинутой стадии, а значит, скоро можно будет ознакомиться с протоколами испытаний [5].

Россия стала первой страной в мире, которая зарегистрировала препарат против коронавируса, работающий достаточно эффективно, формирующий

устойчивый иммунитет и прошедший все необходимые проверки [6].

Вместе с тем, пока человечество находится в ожидании эталонного препарата, эффективность которого будет подтверждена результатами клинических испытаний, социологи фиксируют активное участие антивакцинаторов, призывающих оказывать сопротивление и саботировать любую вакцинацию. Информационные вбросы происходят путем резкого заполнения сетевого пространства короткой новостью с целью создания резонанса в информационном поле. Например, особый всплеск призывов избегать прививки против COVID-19 был замечен в социальных сетях, где насаждают идею об угрозе человечеству, связанную с введением «смертельной вакцины» [7].

Результаты исследования

Посредством СМИ и социальных сетей распространяется недостоверная информация, в частности указывается, что прививки опасны и вредны, звучат призывы отказываться от любого вида вакцинации, будь то сезонный грипп или корь. Информация распространяется не только посредством желтой прессы, к процессу подключились также знаменитости, политики и корпорации.

Анализ информации в свободном доступе в сети Интернет позволил сделать вывод, что происходит умышленное запугивание населения. В ход идут абсурдные теории, особое распространение получили конспирологические теории и теории заговора.

Выделим наиболее часто встречающиеся фейковые новости [8] относительно появления COVID-19:

- Вирус создан тайной элитой для передела мира.
- Вирус создан, чтобы остановить Третью мировую.
- Вирус создан, чтобы при помощи вакцинации сократить население, о чем ранее заявлял Билл Гейтс.
- Вирус создан, чтобы остановить рост населения и «запустить» бесплодие.
- Вирус создан, чтобы вакцинировать и через шприц ввести чип, дающий возможность полного контроля и управления при помощи вышек мобильной связи пятого поколения (5G).
- Вирус создан, чтобы вакцинировать и через шприц ввести чип с целью «отключения» организма человека в «нужный» момент до полного управления его мыслями и действиями.

Не менее удивительны теории о распространении вируса:

- Вирус распространяется посредством радиоволн.
- Вирус распространяется из-за облучения вышками 5G.
- Вирус распространяют инопланетяне.
- Вирус «привозят» спецслужбы в чемодане и подбрасывают в местах скопления людей.
- Вирус уже находится внутри каждого человека в спящем состоянии и будет «запущен» по воле неведомой человечеству силы.

COVID-19

Удивляют методы борьбы с вирусом и способы продажи «панацеи»:

- Сообща обкуривать улицу от коронавируса.
- Приобрести оберег от коронавируса.
- Приобрести амулет от коронавируса.
- Приобрести сыворотку Билла Гейтса от любого вируса.
- Заговорить воду от любого вируса, даже если болезнь придет, заболевание можно перенести легко и быстро исцелиться.
- Скачать «ритуал против коронавируса» с подробной видеоинструкцией.
- Погадать онлайн, придет болезнь или нет.
- Поставить «надежную магическую защиту от заражения».
- Приобрести серебряную монету с заговором против вируса.
- Приобрести от вируса выращенный на святой воде чеснок в специальном кулоне.
- Приобрести от вируса воду, настоянную на янтаре, пить по стакану по утрам.
- Приобрести противовирусную мутоновую шапку.
- Приобрести текст молитвы против коронавируса.
- Снять «коронавирусную порчу».
- Иметь всегда спиртное, так как «доказана» неуязвимость пьяных к вирусу.

Обсуждение

Социологи и психологи предполагают, что чем дольше продлится период самоизоляции, тем шире распространятся в сети Интернет разнообразные теории возникновения вируса и появятся новые предложения приобрести альтернативное вакцине лекарство.

В свою очередь медики, возлагая на вакцину большие надежды, пытаются донести свою «правду». Речь идет о коллективном иммунитете: если 95% населения привиты и невосприимчивы к инфекции, то защиту от нее получают и те, кто не привит [9]. Высказываются опасения относительно распространения необоснованных слухов и информационных вбросов только из ложной информации или «смеси» из правды и лжи, которые, попадая в социальные сети, моментально разносятся по всему миру. Подавляющее большинство членов медицинского сообщества видят в отказе от прививок добровольный отказ от достижений прогресса XXI в. и откат в прошлый век [10].

Ради объективности и справедливости стоит отметить, что доверие к медицинским препаратам завоевывается годами. И если медицинское сообщество в подавляющем своем большинстве выступает за вакцины, проверенные временем, то в отношении новых препаратов, в частности новой вакцины от коронавируса, отношение среди медицинского персонала неоднозначное. Опираясь на результаты опроса, осуществленного сервисом «Справочник врача» [11], большинство российских врачей пока не

доверяют отечественной вакцине от коронавирусной инфекции COVID-19.

Вместе с тем социологи и эксперты в сфере здравоохранения продолжают выяснять, чем может грозить отказ от прививок, а также насколько возможно повлиять на противников вакцинаций и какие имеются способы борьбы с информационными вирусами.

Заключение

Движение антивакцинаторского толка связано со снижением у населения общего уровня медицинских знаний о заболеваниях, возможных осложнениях, способах профилактики.

Антивакцинаторов и антипрививочников активно стали поддерживать некоторые знаменитости и политики ради хайпа и пиара. В информационном пространстве участились случаи распространения недостоверной информации псевдоэкспертами с призывами отказываться от любого вида вакцинации.

Не все граждане умеют или хотят анализировать поступающую к ним недостоверную информацию. Прочитав фейк, поверив в опасность вакцинации и неуязвимость пьяных к вирусу, люди пересылают информационные вбросы дальше по цепочке, не осознавая, что могут навредить.

Анализ фейковой информации позволил сделать вывод о том, что происходит умышленное запугивание населения [12]. В ход идут абсурдные теории, особое распространение получили конспирологические теории и теории заговора. Одна из самых популярных конспирологических версий, играя на страхе и невежестве одних и стремлении к хайпу — других, указывает на заговор всеобщего чипирования под видом борьбы с коронавирусом.

Медицинское сообщество выступает против антивакцинального лобби. Доверие к вакцине не следует путать с объективной оценкой эффективности и безопасности препарата. Только результаты оценки позволяют экспертам сделать вывод о возможности применения вакцины. Врачи понимают, какими могут быть возможные последствия отказа от вакцинации. В случае добровольного отказа существуют возможные сценарии: или избежать заболевания вообще (почти все заболевшие рассчитывали, что у них сильный иммунитет и именно их зараза «не возьмет»), или переболеть в тяжелой форме, потому что легкая форма не дает продолжительной защиты, а затем все равно вакцинироваться.

Необходимо проводить большую работу с населением, а также плотнее работать с экспертами разных профилей, чтобы уточнить, что именно беспокоит граждан в вопросе вакцинации. Значимость вакцинопрофилактики в доступной и понятной форме должна объясняться на уровне участковых педиатров и терапевтов, в обязанности которых входит не только умение лечить, но и умение доказать свою точку зрения и донести ее до населения [13, 14].

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Мац А. Н., Чепрасова Е. В. Антипрививочный скепсис как социально-психологический феномен. *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. 2014;5(78):111—5.
2. Callender D. Vaccine hesitancy: More than a movement. *Hum. Vaccin. Immunother.* 2016 Sep;12(9):2464—8. doi: 10.1080/21645515.2016.1178434
3. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году». Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Режим доступа: https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=14933
4. «Выберу смерть»: чем опасно антипрививочное движение. *Газета.Ru* 22.04.2020. Режим доступа: <https://www.gazeta.ru/social/2020/04/22/13058263.shtml> (дата обращения 08.09.2020).
5. На стадии клинических испытаний находятся шесть вакцин от коронавируса. Пандемия COVID-19. ТАСС 06.08.2020, 18:14. Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/9138733> (дата обращения 08.09.2020).
6. Путин объявил о регистрации в России первой вакцины от коронавируса. Режим доступа: <https://lenta.ru/news/2020/08/11/corona/> (дата обращения 12.10.2020).
7. Социологи предупреждают об увеличении числа противников вакцинации на фоне эпидемии COVID-19. Сайт COVID-19. Режим доступа: <https://koronavirus.center/news/sociologi-preduprezhdayut-ob-uvlichenii/232975> (дата обращения 08.09.2020).
8. Будьте осторожны! С появлением коронавируса и введением карантина в РФ — новые виды мошенничества! Юридическая социальная сеть. Режим доступа: <https://www.9111.ru> (дата обращения 10.10.2020).
9. «Слухи возникают из-за отсутствия достоверной официальной информации, которой бы все доверяли». Реальное время. 05.04.2019. Режим доступа: <https://realnoevremya.ru/articles/135346-minzdrav-rf-zapretit-publikacii-o-vrede-privivok> (дата обращения 06.10.2020).
10. Прививки: как фейковые новости калечат здоровых детей. Сайт Вести. Израиль по-русски. Режим доступа: <https://www.vesty.co.il/articles/0,7340,L-4954077,00.html> (дата обращения 06.10.2020).
11. Минздрав прокомментировал опрос врачей о доверии к вакцине от COVID-19. РБК. Пандемия коронавируса, 14.08.2020. Режим доступа: <https://www.rbc.ru/society/14/08/2020/5f36631b9a7947569c2b4b06> (дата обращения 11.10.2020).
12. ВОЗ предупредила об опасности фейков о вакцине от коронавируса. РИА Новости 28.05.2020. Режим доступа: <https://ria.ru/20200528/1572128502.html> (дата обращения 11.10.2020).
13. Пирогова И. А., Шалдина М. В. Современные представления о пользе и вреде вакцинопрофилактики. *Вестник СМУС74*. 2017;2(17). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-polze-i-vrede-vaktsinoprofilaktiki> (дата обращения 11.10.2020).
14. Лескова И. В., Тяпина С. В., Жученко Д. Д. Диалог между врачом и пациентом: современные реалии. *Мир науки. Социология, филология, культурология*. 2019;(3). Режим доступа: <https://sfk-mn.ru/PDF/10SCSK319.pdf>
1. Mats A. N., Cheprasova E. V. Anti-vaccination skepticism as a socio-psychological phenomenon. *Epidemiologiya i vaksino profilaktika = Epidemiology and Vaccine Prevention*. 2014;78(5):111—5 (in Russian).
2. Callender D. Vaccine hesitancy: More than a movement. *Hum. Vaccin. Immunother.* 2016 Sep;12(9):2464—8. doi: 10.1080/21645515.2016.1178434
3. State report «On the state of sanitary and epidemiological welfare of the population in the Russian Federation in 2019». Federal service for supervision of consumer rights protection and human welfare. Available at: https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=14933 (in Russian).
4. «Choose death»: what is the danger of anti-vaccination movement. *Gazeta.Ru* 22.04.2020. Available at: <https://www.gazeta.ru/social/2020/04/22/13058263.shtml> (accessed 08.09.2020) (in Russian).
5. Six coronavirus vaccines are in clinical trials. COVID-19 pandemic. TASS 6 Aug. 2020, 18:14. Available at: <https://tass.ru/obschestvo/9138733> (accessed 08.09.2020) (in Russian).
6. Putin announced the registration of the first coronavirus vaccine in Russia. *lenta.ru* 12.10.2020 Available at: <https://lenta.ru/news/2020/08/11/corona/> (accessed 12.10.2020) (in Russian).
7. Sociologists warn of an increase in the number of opponents of vaccination against the background of the COVID-19 epidemic. COVID-19 website. Available at: <https://koronavirus.center/news/sociologi-preduprezhdayut-ob-uvlichenii/232975> (accessed 08.09.2020) (in Russian).
8. Be careful! With the advent of coronavirus and the introduction of quarantine in the Russian Federation — new types of fraud! *Yuridicheskaya sotsialnaya set*. Available at: <https://www.9111.ru> (accessed 10.10.2020) (in Russian).
9. «Rumors arise due to the lack of reliable official information that everyone would trust». *Realnoe vremya*. Available at: <https://realnoevremya.ru/articles/135346-minzdrav-rf-zapretit-publikacii-o-vrede-privivok> (accessed 06.10.2020) (in Russian).
10. Vaccinations: how fake news cripples healthy children. The Site Guide. Israel in Russian. Available at: <https://www.vesty.co.il/articles/0,7340,L-4954077,00.html> (accessed 06.10.2020) (in Russian).
11. The Ministry of health commented on the survey of doctors about confidence in the COVID-19 vaccine. RBC. *Pandemiya koronavirusa*, 14.08.2020. Available at: <https://www.rbc.ru/society/14/08/2020/5f36631b9a7947569c2b4b06> (accessed: 11.10.2020) (in Russian).
12. Who warned about the danger of fakes about the coronavirus vaccine. RIA Novosti 28.05.2020. Available at: <https://ria.ru/20200528/1572128502.html> (accessed 11.10.2020) (in Russian).
13. Pirogova I. A., Shaldina M. V. modern ideas about the benefits and harms of vaccination. *Vestnik SMUS74*. 2017;2(17). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-polze-i-vrede-vaktsinoprofilaktiki> (accessed 11.10.2020) (in Russian).
14. Leskova I. V., Tyapina S. V., Zhuchenko D. D. Dialog between doctor and patient: modern realities. *Mir nauki. Sotsiologiya, filologiya, kul'turologiya*. 2019;(3). Available at: <https://sfk-mn.ru/PDF/10SCSK319.pdf> (in Russian).

COVID-19

© Коллектив авторов, 2021

УДК 614.2

Кулабухов Д. А.¹, Мозговая Е. И.¹, Волкова О. А.², Ананченкова П. И.³

ПАНДЕМИЯ COVID-19 КАК ФАКТОР ТРАНСФОРМАЦИИ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ

¹ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308009, Россия, г. Белгород;
²ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115184, г. Москва;
³ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Представлены результаты проекта, направленного на выявление особенностей трансформации домашнего насилия в период действия противопандемических мер. Социологическое исследование проведено на базе Старооскольской местной общественной организации «Кризисный центр для женщин, попавших в трудную жизненную ситуацию» (г. Старый Оскол, Белгородская область). В состав респондентов вошли женщины (n=46) в возрасте 20—45 лет, пережившие насилие в семье. Сбор первичной информации проводился при помощи метода полуструктурированного интервью. Проведено также полуструктурированное интервью с экспертами из числа исследователей-социологов и сотрудников кризисного центра. Установлено, что пандемия COVID-19 оказала существенное влияние на семейные взаимоотношения. В условиях вынужденной изоляции и соблюдения противопандемических мер риск возникновения домашнего насилия значительно увеличивается.

Ключевые слова: домашнее насилие; пандемия; самоизоляция; профилактика насилия в семье.

Для цитирования: Кулабухов Д. А., Мозговая Е. И., Волкова О. А., Ананченкова П. И. Пандемия COVID-19 как фактор трансформации домашнего насилия. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):41—45. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-41-45>

Для корреспонденции: Волкова Ольга Александровна, д-р социол. наук, профессор, аналитик Научно-исследовательского института организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г. Москвы; e-mail: volkovaoa@rambler.ru

Kulabukhov D. A.¹, Mozgovaya E. I.¹, Volkova O. A.², Ananchenkova P. I.³

THE COVID-19 PANDEMIC AS TRANSFORMATION FACTOR OF DOMESTIC VIOLENCE

¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The Belgorod State National Research Institute, 308009, Belgorod, Russia;

²The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department, 115184, Moscow, Russia;

³N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The article presents the results of project targeted to identify specifics of transformation of domestic violence while anti-pandemic measures are in force. The sociological survey was organized on the basis of the Crisis center for women in difficult life situations (Belgorod region, Russia). The sampling consisted of 46 women aged from 20 to 45 years endured domestic violence. The primary information was collected using semi-structured interview technique. Also, semi-structured interviews of experts from among sociologists and crisis center personnel were carried out. It is established that COVID-19 pandemic significantly impacted on family relationships. The conditions of forced isolation and anti-pandemic measures observance significantly increase risk of domestic violence.

Keywords: domestic violence; pandemic; self-isolation; prevention.

For citation: Kulabukhov D. A., Mozgovaya E. I., Volkova O. A., Ananchenkova P. I. The COVID-19 pandemic as transformation factor of domestic violence. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):41—45 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-41-45>

For correspondence: Volkova O. A., doctor of sociological sciences, professor, the Analyst of the Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department. e-mail: volkovaoa@rambler.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.07.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Становится очевидным, что пандемия COVID-19 затронула все без исключения сферы жизни общества. Беспрецедентные меры борьбы с пандемией не только оказали влияние на политические и экономические процессы в мире, но и отразились на семейных отношениях. Уже в апреле 2020 г. Генеральный секретарь ООН А. Гутерреш заявил, что проблема домашнего насилия становится глобальной и касается всех стран мира. Выходом из сложившейся ситуации может стать внедрение в национальные планы борьбы с коронавирусом специальных мер, направ-

ленных на предотвращение семейного насилия и возмещения ущерба от него [1].

Российская Федерация не является исключением. В соответствии с Указом Президента России со 2 апреля до 12 мая 2020 г. был установлен период нерабочих дней [2]. Во всех регионах страны был принят комплекс мер, направленных на предотвращение распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Среди них — перевод сотрудников многих сфер деятельности на удаленный режим работы, дистанционное обучение школьников и студентов, обязательная самоизоляция для пожилых людей и лиц с хроническими заболеваниями, огра-

ничение передвижения, запрет на проведение массовых мероприятий. Подобные ограничительные меры носили вынужденный характер и были полностью оправданны, так как их целью стала защита жизни российских граждан. Однако неожиданное изменение привычного образа жизни, ухудшение финансового положения, постоянное поступление противоречивой информации из СМИ дезориентировали многих людей и сделали их особенно уязвимыми в сложившихся обстоятельствах.

В условиях изоляции человек практически обязательно сталкивается с целым спектром эмоций: страхом за себя и своих близких, тревогой, агрессией, неуверенностью в завтрашнем дне. Справиться со стрессом привычным способом (участием в массовых мероприятиях, прогулках) в ситуации пандемии не представляется возможным. Изменение эмоционального состояния происходит у тех людей, у которых оно уже было уязвимо [3, с. 5].

В период объявления режима самоизоляции в России информация об участившихся случаях домашнего насилия стала появляться в СМИ и в официальных источниках.

В интервью Российскому агентству международной информации «РИА Новости» Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации Татьяна Москалькова сообщила, что «в период с 10 апреля количество жертв насилия и случаев насилия в семье увеличилось в 2,5 раза. Если в марте таких сообщений было 6054, то в апреле таких сообщений поступило более 13 тысяч» [4]. Тревожная информация о фактах домашнего насилия после введения режима самоизоляции стала поступать и в российские кризисные центры для женщин [5]. В закрытом пространстве, стесненных условиях квартир, домов риск возникновения насилия среди членов семьи значительно увеличился [6, с. 35]. Ситуация осложняется тем, что жертве домашнего насилия обратиться за помощью напрямую стало затруднительно: личный прием граждан в период изоляции был приостановлен. В силу того что агрессор находился с жертвой в одном помещении и мог контролировать каждый ее шаг, позвонить на горячую линию или воспользоваться электронной почтой было гораздо сложнее. Многие больницы приостановили оказание плановой медицинской помощи, скоординировав усилия на работе с больными COVID-19. Это значительно затруднило получение жертвой семейного насилия медицинской помощи в экстренной ситуации [5]. Также в России практически отсутствуют координационные центры быстрого реагирования на сообщения о фактах домашнего насилия. Субъектом профилактики (по факту) являются сотрудники полиции, что затрудняет возможности ранней превенции насилия в семье [7, с. 62]. На сегодняшний день официальная статистика по фактам домашнего насилия в период пандемии отсутствует.

Таким образом, проблема домашнего насилия вызывает серьезную обеспокоенность общества. Принимая различные формы, от физического, сексуального, психологического насилия до экономиче-

ской и социальной изоляции, домашнее насилие наиболее ярко проявляется в период пандемии COVID-19. Однако проблема домашнего (семейного) насилия не является новой ни для всего мира, ни для России.

Обратимся к истории вопроса. Следуя международным нормативно-правовым актам, домашнее насилие означает все акты физического, сексуального, психологического или экономического насилия, которые происходят в кругу семьи, в быту, между бывшими или нынешними супругами либо партнерами, независимо от того, проживает или не проживает лицо, их совершающее, в том же месте, что и жертва [8]. Среди причин домашнего насилия исследователями выделяются внутрисемейные (интимные) отношения, внешнесоциальные, экономические, медицинские (вызванные тяжелыми болезнями). Главной причиной все же являются индивидуальные особенности членов семьи: особенности психики, морали, истоки которых следует искать в далеком детстве, в раннесемейных отношениях [9, с. 175].

Справедливой является точка зрения, согласно которой насилие и угроза его применения являются однородными действиями [10, с. 203]. Домашнее насилие возникает в рамках конкретной семьи и касается всех ее членов [6]. Систематически повторяющиеся акты физического, сексуального, экономического и психологического воздействия на членов семьи совершаются против их воли. Цель насильственных действий — обретение власти и контроля над близким человеком. Фактически умышленное причинение вреда здоровью, истязания, ограничение свободы, оскорбление чести и достоинства являются проявлениями «повседневного терроризма» [10, с. 21]. Женщины, пострадавшие от домашнего насилия, не всегда официально заявляют о фактах насильственных действий, что затрудняет оценку реального масштаба проблемы [11, с. 128]. Однако рассматривать проблему домашнего насилия следует шире, так как жертвой насильственных действий в семье могут стать не только женщины, но и дети, пожилые люди, инвалиды. Ухудшение физического, психического, социального здоровья членов семьи, подвергшихся домашнему насилию, является тяжелым следствием происходящего [13]. На протяжении всей жизни жертвы домашнего насилия испытывают социальные трудности, когнитивную дисфункцию, поведенческие проблемы, нарушение иммунной функции [14]. К отрицательным последствиям домашнего насилия относятся физические недомогания, обострение хронических заболеваний, депрессивное состояние, страх перед насильником [15, с. 131]. Домашнее насилие (угрозы, жестокое обращение, длительные конфликтные семейные ситуации, аморальное поведение виновного лица, систематическое унижение человеческого достоинства) становится причиной не только психологических травм, но и суицида. Следственным органам крайне сложно установить причинно-следственную связь между действием виновного лица и самоубийством жертвы домашнего насилия [16, с. 22].

COVID-19

Ситуация в России существенно осложняется отсутствием закона о профилактике семейно-бытового насилия [5, с. 30]. В 2016 г. на заседании Совета Государственной Думы Российской Федерации был рассмотрен проект Федерального закона «О профилактике семейно-бытового насилия» [17]. В рамках закона предполагалось ввести понятие «семейно-бытовое насилие», т. е. умышленное деяние (действие или бездействие) одного лица в отношении другого или других, совершенное в сфере семейно-бытовых отношений, если это деяние нарушает права и свободы человека, и/или причиняет ему боль, и/или наносит вред здоровью, и/или причиняет нравственные страдания, и/или причиняет ему имущественный вред [17]. Данный законопроект вызвал в российском обществе острую дискуссию. С точки зрения А. В. Швабауэра, данный законопроект включает в себя многочисленные антисемейные технологии, в том числе вмешательство в семью. По мнению исследователя, принятие закона будет стимулировать уклонение граждан от заключения законных браков, спровоцирует сокращение числа семей «не только через неадекватное определение понятия насилия, но и за счет формирования в общественном сознании негативного отношения к институту брака в целом» [18, с. 16]. Решение проблемы видится в активном обсуждении проблем семьи с привлечением организаций, представляющих интересы пострадавших от домашнего насилия [19, с. 534]. Отсутствие единой государственной политики, направленной в первую очередь на профилактику семейного насилия, защиту жертв насильственных действий в семье, значительно ухудшает ситуацию. Представляется, что поиск новых мер профилактики насилия в семье будет способствовать решению данной проблемы в целом и в контексте пандемии.

Материалы и методы

Исследование проведено сотрудниками Лаборатории социальных проектов, базовой кафедры региональных исследований социальной работы ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Старооскольской местной общественной организации (СМОО) «Кризисный центр для женщин, попавших в трудную жизненную ситуацию». Для выявления особенностей трансформации домашнего насилия в период действия противопандемических мер в июне—сентябре 2020 г. было проведено социологическое исследование. Методом исследования стал интернет-опрос (полуструктурированное интервью). В исследовании приняли участие 46 женщин в возрасте 20—45 лет, пережившие насилие в семье. Для поиска респондентов из числа женщин использовался метод «снежный ком». В качестве экспертов выступили исследователи-социологи, а также сотрудники СМОО «Кризисный центр для женщин, попавших в трудную жизненную ситуацию» (выборка целевая). Сбор данных также осуществляли при помощи полуструктурированного интервью. Обработку и анализ данных проводили с помощью пакета статистических

программ SPSS и при помощи метода составления сравнительных таблиц.

Результаты исследования

Опрошено 46 респондентов в возрасте 20—45 лет, обратившихся за помощью в СМОО «Кризисный центр для женщин, попавших в трудную жизненную ситуацию». Находятся в официальном браке 86% респондентов, 14% разведены. Высшее образование имеют 24%, среднее специальное — 58%, среднее — 18% женщин.

Большинство (78%) опрошенных считают, что мужчины занимают в обществе лидирующее положение и женщине трудно достичь с ними равенства. Оправдывая свое «неравное положение», участницы исследования признают за мужчинами статус «главы семьи». По мнению 66% респондентов, предназначение женщины заключается в том, чтобы «быть хорошей женой и матерью». Сочетают семейную и профессиональную сферу 68% респондентов, остальные являются домохозяйками. На вопрос «Считаете ли Вы, что в последнее время женщины стали более самостоятельными?» 28% ответили утвердительно, 42% выбрали вариант ответа «нет», 30% затруднились ответить. Позиция респондентов в отношении женского предназначения, на наш взгляд, зависит от образования, семейного, материального положения и иных факторов.

Все участницы исследования ответили, что подвергались насилию в семье со стороны супруга. Физическое насилие испытали на себе 58% опрошенных, психологическое — 24%; 18% затруднились ответить на вопрос, заявив, что испытали в семье и физическое, и эмоциональное насилие.

Насильственные действия происходили в семье «несколько раз в неделю» (20%), «два-три раза в месяц» (48%), «несколько раз в полгода» (22%), «два-три раза в год» (10%).

Пытались противостоять агрессору, сопротивляться насилию 44% женщин. Среди причин неудач опрошенные называют «физическую силу мужчины» (72%), «отсутствие поддержки среди близких людей» (58%), «страх, боязнь расправы» (54%), «финансовую зависимость от супруга» (48%). В ходе исследования нами была установлена связь между наличием у женщины детей и ее готовностью терпеть насильственные действия. Имеют детей 78% опрошенных, и «желание, чтобы дети воспитывались в полной семье», а также боязнь «остаться одной с детьми» являются основной причиной того, что женщины терпят насильственные действия.

Основными причинами возникновения домашнего насилия, по мнению респондентов, являются «безработица, социальная неустроенность» (36%), «материальные проблемы в семье» (48%), «алкоголизм супруга» (32%), «низкий уровень культуры» (18%), «плохие жилищные условия» (20%), «генетическая предрасположенность к насилию» (34%), «неблагополучие в собственной семье, негативный пример родителей» (26%), «вмешательство родственников в жизнь семьи» (14%).

Большинство (64%) респондентов считают, что закон «О профилактике семейно-бытового насилия в Российской Федерации» необходимо принять, однако затрудняются с перечислением основных его положений.

Необходимо отметить, что в период «режима самоизоляции» положение респондентов значительно ухудшилось. Показателен тот факт, что 8% опрошенных впервые столкнулись с проявлениями домашнего насилия именно в период принятия противопандемических мер.

Участники исследования заявили, что в период самоизоляции их семьи испытывали финансовые затруднения, повысился уровень страха за себя и своих близких, появились «растерянность, непонимание происходящего». Состояние «близкое к панике» испытали 52% респондентов. Возникновение кризисных ситуаций в семье в данный период респонденты связывают с «вынужденной изоляцией, ее неожиданностью» (68%), «постоянным нахождением с супругом в закрытом пространстве» (62%), «негативными новостями о коронавирусе из СМИ, противоречивыми сведениями о пандемии» (58%), «долгими нерабочими днями» (36%) и даже «потерей работы» (14%). Стресс, который переживали респонденты до объявления пандемии, усилился во время вынужденной изоляции, что актуализировало проблему оказания психологической помощи жертвам домашнего насилия.

Участники исследования заявили, что в период проведения противопандемических мер они нуждались в медицинской (34%) и юридической (42%) помощи. В режиме самоизоляции им было сложно обратиться за помощью в полицию, в органы социальной защиты, позвонить на горячую линию для жертв семейного насилия или сообщить друзьям в социальных сетях. Причиной этого стало «постоянное нахождение в закрытом пространстве с мужем, тотальный контроль с его стороны» (56%). Кроме того, 44% респондентов отмечают «отсутствие информации о кризисных центрах в регионах, видах помощи жертвам домашнего насилия».

По мнению большинства (96%) экспертов, в первую очередь жертва домашнего насилия должна владеть достаточной и четкой информацией о помощи, которую она может получить со стороны государства, общественных организаций. Отсутствие необходимой информации делает жертву насилия в семье особенно уязвимой.

Обеспечить безопасное проживание жертв домашнего насилия, их детей, родственников является важным шагом в противодействии домашнему насилию. Эксперты считают необходимым расширять программы развития знаний и навыков для женщин — жертв домашнего насилия. Комплексная юридическая, психологическая, социальная, медицинская помощь должна предоставляться жертвам домашнего насилия бесплатно. Как подчеркивают эксперты, законодательство в сфере профилактики домашнего насилия требует изменений в самое ближайшее время. Должна оказываться государствен-

ная поддержка организациям, занимающимся защитой прав жертв домашнего насилия.

Заключение

В России в период объявления режима самоизоляции значительно участились случаи домашнего насилия, что подтверждается публикациями в СМИ и официальными данными. Проведенное эмпирическое исследование показало, что домашнее насилие, принимая формы от физического, сексуального, психологического насилия до экономической и социальной изоляции и пренебрежения нуждами, особенно проявилось в период пандемии COVID-19.

Среди причин увеличения насильственных действий в семье следует назвать «вынужденную изоляцию», «нахождение в закрытом пространстве (квартиры, дома)», «ухудшение экономического положения семьи», «потерю работы», «противоречивую информацию о пандемии», «растерянность, непонимание ситуации», «состояние, близкое к панике».

В период пандемии жертве домашнего насилия обратиться за помощью напрямую затруднительно: личный прием граждан в период изоляции был приостановлен, многие больницы ограничили оказание плановой медицинской помощи. Кроме того, в Российской Федерации практически отсутствуют координационные центры быстрого реагирования на сообщения о фактах домашнего насилия.

Установлено, что ситуация пандемии обострила проблему профилактики домашнего насилия. Согласно результатам исследования, некоторая часть (8%) опрошенных женщин вообще впервые столкнулись с проявлениями домашнего насилия именно в период принятия противопандемических мер.

Учитывая социальную значимость профилактики домашнего насилия, отметим необходимость совершенствования нормативно-правовой базы в данной области, а также необходимость координации усилий государства и общества по противодействию насилию в семье.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Генсек ООН сообщил о вспышке домашнего насилия на фоне пандемии COVID-19. Режим доступа: <https://rg.ru/2020/04/06/gensek-oon-soobshchil-o-vspyshke-domashnego-nasiliia-na-fone-pandemii-COVID-19.html>
2. Указ Президента Российской Федерации от 02.04.2020 № 239 «О мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Российской Федерации в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19)». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru>
3. Островский Д. И., Иванова Т. И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (обзор литературы). *Омский психиатрический журнал*. 2020;2-1S(24):4—10.
4. Интервью РИА Новости Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Т. Москальковой. Режим доступа: <https://ria.ru/20200505/1570953246.html> (дата обращения 01.09.2020).
5. Елфимов П. В., Виноградова О. П. Насильственные преступления на почве семейно-бытовых конфликтов: проблемы первоначального этапа расследования. *Вестник Уральского юридического института МВД России*. 2020;(2):30—5.

COVID-19

6. Голубева Н. В., Иванов Д. В., Троицкий М. С. Панические расстройства во внутрисемейных отношениях, как последствия воздействия коронавирусной инфекции (обзор литературы). *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание*. 2020;(2):32—8.
7. Качурова Е. С. Виктимологическое предупреждение криминальной агрессии в семье при соблюдении режима самоизоляции. *Пролог: журнал о праве*. 2020;(2):60—4.
8. Конвенция Совета Европы о предотвращении и борьбе с насилием в отношении женщин и домашним насилием (Стамбул, 11 мая 2011 г.). Режим доступа: <https://www.coe.int/ru>
9. Антонян Ю. М. Причины насилия в семье. *Пенитенциарная наука*. 2020;14(2):168—76.
10. Колесова А. С. Виды и формы насилия в семье. *Законность и правопорядок в современном обществе*. 2010;2(1):203—10.
11. Белова О. Н., Акутина С. П. Женское насилие в семье как социальная проблема. *Социодинамика*. 2019;(3):18—26.
12. Корзун И. Г. Бытовое насилие в отношении женщин. *Государственная служба и кадры*. 2019;(3):128—30.
13. Борисов С. Н., Волкова О. А., Бессчетнова О. В., Доля Р. Ю. Домашнее насилие как фактор нарушения социального и психического здоровья. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(1):68—73.
14. Быховец Ю. В., Дан М. В. Эмоциональное насилие с точки зрения теории привязанности и системной семейной психотерапии. *Мир науки. Педагогика и психология*. 2019;6(7):12—8.
15. Саламова С. Я. Домашнее насилие в современной России: общая характеристика. *Lex Russica*. 2018;9(142):129—38.
16. Нигматуллин М. Р. Домашнее насилие как причина доведения до самоубийства. *Виктимология*. 2020;2(24):19—26.
17. Проект Федерального закона № 1183390-6 «О профилактике семейно-бытового насилия (внесен на рассмотрение 28.09.2016) Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 05.09.2020).
18. Швабауэр А. В. Угрозы и истоки законопроекта о профилактике семейно-бытового насилия. *Криминология: вчера, сегодня, завтра*. 2020;1(56):14—23.
19. Ловцова Н. И., Зайцев Д. В. Насилие в семье или насилие над семьей. *Журнал исследований социальной политики*. 2018;3(16):529—36.
3. Ostrovsky D. I., Ivanova T. I. Influence of the new COVID-19 coronavirus infection on human mental health (literature review). *Omskiy psikhiatricheskii zhurnal = Omsk Psychiatric Journal*. 2020;2-1S(24):4—10 (in Russian).
4. Interview with RIA Novosti Commissioner for human rights in the Russian Federation T. Mosalkova. Available at: <https://ria.ru/20200505/1570953246.html> (accessed 01.09.2020) (in Russian).
5. Elfimov P. V., Vinogradova O. P. Violent crimes on the basis of family and domestic conflicts: problems of the initial stage of investigation. *Vestnik Uralskogo yuridicheskogo instituta MVD Rossii*. 2020;(2):30—5 (in Russian).
6. Golubeva N. V., Ivanov D. V., Troitsky M. S. Panic disorders in intra-family relationships as consequences of exposure to coronavirus infection (literature review). *Vestnik novykh meditsinskih tehnologii. Electronnoe izdanie*. 2020;(2):32—8 (in Russian).
7. Kachurova E. S. Victimological prevention of criminal aggression in the family while observing the self-isolation regime. *Prolog: zhurnal o prave*. 2020;(2):60—4 (in Russian).
8. Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul, 11 may 2011). Available at: <https://www.coe.int/ru>
9. Antonyan Yu. M. Reasons for domestic violence. *Penitentiarnaya nauka*. 2020;14(2):168—76 (in Russian).
10. Kolesova A. S. Types and forms of violence in the family. *Zakonnosn i pravoporyadok v sovremennom obchestve*. 2010;(2-1):203—10 (in Russian).
11. Belova O. N., Akutina S. P. Female violence in the family as a social problem. *Sotsiodinamika*. 2019;(3):18—26 (in Russian).
12. Korzun I. G. Domestic violence against women. *Gosudarstvennaya sluzhba i kadry = Public service and personnel*. 2019;(3):128—30 (in Russian).
13. Borisov S. N., Volkova O. A., Besschetnova O. V., Dolya R. Yu. Domestic violence as a factor of social and mental health disorders. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;(1):68—73 (in Russian).
14. Bykhovets Yu. V., Dan M. V. Emotional violence from the point of view of attachment theory and systemic family psychotherapy. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya = World of Science. Pedagogy and Psychology*. 2019;6(7):12—8 (in Russian).
15. Salamova S. Ya. Domestic violence in modern Russia: General characteristics. *Lex Russica*. 2018;9(142):129—38 (in Russian).
16. Nigmatullin M. R. Domestic violence as a reason for bringing to suicide. *Victimologiya*. 2020;2(24):19—26 (in Russian).
17. Draft Federal law No. 1183390-6 «On prevention of family and domestic violence» (submitted for consideration on 28.09.2016). Available at: <http://www.consultant.ru> (accessed 5.09.2020) (in Russian).
18. Shvabauer A. V. Threats and origins of the draft law on prevention of domestic violence. *Criminologiya: vchera, segodnya, zavtra*. 2020;1(56):14—23 (in Russian).
19. Lovtsova N. I., Zaitsev D. V. Domestic Violence or violence against family. *Zhurnal issledovnij sotsialnoi politiki*. 2018;3(16):529—36 (in Russian).

Поступила 12.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. The UN Secretary General reported an outbreak of domestic violence against the background of the COVID-19 pandemic. Available at: <https://rg.ru/2020/04/06/gensek-oon-soobshchil-o-vspyshke-domashnego-nasilii-na-fone-pandemii-COVID-19.html>
2. Decree of the President of the Russian Federation of 02.04.2020 No. 239 “On measures to ensure the sanitary and epidemiological welfare of the population on the territory of the Russian Federation in connection with the spread of a new coronavirus infection (COVID-19)”. Available at: <http://www.kremlin.ru> (in Russian).

© Коллектив авторов, 2021

УДК 611.08

Якушин М. А.^{1,2}, Васильева Т. П.^{1,2}, Якушина Т. И.¹, Яроцкий С. Ю., Полонская Л. С.,¹ Златкина Н. Е.¹**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ САМОИЗОЛЯЦИИ**¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;²ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского», 129110, г. Москва

В Москве на 1 января 2020 г. численность населения составила 12 678 079 человек, из них лиц пожилого возраста 2,8 млн (26%). По прогнозам Аналитического центра при Правительстве Москвы (ac.gov.ru), в конце 2020 г. эта цифра достигнет 3,3 млн, что говорит о необходимости разработки мер профилактики среди данной категории граждан в период массового распространения инфекционных заболеваний. COVID-19 показал, что, несмотря на перестраиваемую работу промышленности, социального обеспечения, здравоохранения, действенными мерами оказались именно карантин и самоизоляция. Режим самоизоляции также выявил усугубление пагубного влияния стрессорных факторов, гиподинамии, гипоксигенации и снижение иммунологической резистентности. Особенно важно наладить досуг и создать максимально комфортные условия изолированного проживания пожилым людям, наиболее подверженным инфекции. Опыт показывает, что правильно подобраный комплекс мероприятий во время режима самоизоляции не только дисциплинирует, но и позволяет использовать избыток свободного времени для наращивания потенциала здоровья и укрепления семейных связей.

К л ю ч е в ы е с л о в а : технология охранительного режима; технологии в здравоохранении; противоэпидемические мероприятия; охранительный режим; профилактика инфекции; коронавирус; COVID-19; режим самоизоляции; общественное здоровье; рациональный досуг; гериатрия; компьютерная грамотность.

Для цитирования: Якушин М. А., Васильева Т. П., Якушина Т. И., Яроцкий С. Ю., Полонская Л. С., Златкина Н. Е. Медико-социальная технология здоровьесбережения пожилого населения в условиях самоизоляции. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):46–51. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-46-51>

Для корреспонденции: Полонская Лусине Сурановна, канд. мед. наук, научный сотрудник, Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко Минобрнауки, e-mail: ml7951447@mail.ru

Yakushin M. A.^{1,2}, Vasilieva T. P.¹, Yakushina T. I.², Yarotsky S. Yu.¹, Polonskaya L. S.¹, Zlatkina N. E.¹**THE MEDICAL SOCIAL TECHNOLOGY OF HEALTH PRESERVATION OF ELDERLY POPULATION IN CONDITIONS OF SELF-ISOLATION**¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;²The Moscow Oblast State Budget Institution of Health Care «M. F. Vladimirsky Moscow Oblast Research Clinical Institute», 129110, Moscow Russia

In Moscow (as of January 1, 2020), the number of population made up to 12,678,079, and out of them the elderly population made up to 2.8 million. Up to the end of 2020, the number of the elderly will reach 3.3 million requiring implementation of corresponding preventive measures due to mass prevalence of coronavirus infection. The COVID-19 pandemic demonstrated that despite restructuring of functioning of industry, social security and health care, quarantine and self-isolation occurred to be exactly the effective measures. The self-isolation regimen also revealed aggravation of harmful effects of stress factors, hypodynamia, hypooxygenation and decreasing of immunological resistance. It is especially important to organize leisure activities and to create the most comfortable conditions for isolated living of the elderly as most susceptible to infection. The experience demonstrated that properly chosen set of activities during self-isolation regimen both disciplines and permits to apply surplus of free time to intensify health potential and to consolidate family relationships.

К е у в о р д с : protective regimen technology; health care technologies; anti-epidemic measures; protective regimen; infection; prevention; coronavirus; COVID-19; self-isolation; public health; rational leisure; geriatrics; computer literacy

For citation: Yakushin M. A., Vasilieva T. P., Yakushina T. I., Yarotsky S. Yu., Polonskaya L. S., Zlatkina N. E. The medical social technology of health preservation of elderly population in conditions of self-isolation. *Problemi socialnoi gigieni, zdra-vookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):46–51 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-46-51>

For correspondence: Polonskaya L. S., candidate of medical sciences, the researcher of The Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health». e-mail: ml7951447@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 03.03.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Разные страны по-своему отреагировали на COVID-19. В странах, где с введением противоэпидемических мер не торопились (США, Италия, Испания), время было упущено и теперь наблюдается са-

мая высокая заболеваемость. Напротив, в странах, где с первых дней был объявлен карантин (КНР, КНДР), ситуацию достаточно быстро удалось стабилизировать и взять под контроль [<https://www.coronavirusstat.ru>, <https://www.rbc.ru/rbcfreenews>, <https://www.стопкоронавирус.рф>]. Большинство ана-

COVID-19

литиков сходятся во мнении, что, наряду с вакцинацией, самой действенной мерой, апробированной в борьбе с COVID-19, является охранительный режим, основу которого составляет самоизоляция и/или принудительная изоляция — обсервация, карантин [1, 2].

Наша страна в числе лидеров по эффективности противоэпидемических мероприятий: всего через 10 дней после выявления первого случая заражения на территории РФ был создан Координационный совет по борьбе с коронавирусом, который возглавил председатель Правительства РФ М. В. Мишустин, 28.03.2020 г. введен комплекс чрезвычайных мер, обнародованный в обращении Президента РФ В. В. Путина, изложенный в постановлениях главного санитарного врача РФ от 13.03.2020 № 6 «О дополнительных мерах по снижению риска распространения COVID-19» и от 18.03.2020 № 7 «Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения распространения COVID-19», а также во временных методических рекомендациях Минздрава России «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции» [3, 4]. Объявление режима самоизоляции — безусловно, важная мера в борьбе с инфекцией, позволяющая быстро и эффективно прервать потенциальные цепочки ее распространения. Но, как показала практика, необходимо обеспечить его соблюдение. Далеко не каждый регион РФ одинаково серьезно отреагировал на необходимость соблюдения ограничительных мер (<https://info.wikireading.ru/80534>, <https://medconfer.com/node/1708>). В ряде областей зафиксировано поверхностное исполнение данного требования, и последствия в виде вспышек инфекции не заставили себя ждать. Ответ государства — установление с 01.04.2020 г. административной ответственности за несоблюдение карантина [5, 6].

Человеку не свойственно сидеть на одном месте, он нуждается в общении, питании, реализации многочисленных физиологических потребностей. Самоизоляция, тем более обсервация и карантин, резко меняют жизненные стереотипы, влекут за собой определенные тяготы и лишения, что может привести к негативным последствиям. Достаточно сказать, что в регионах, переживших эпидемию COVID-19, достоверно участились разводы.

Приступая к самоизоляции, первым делом необходимо свести к минимуму общение с посторонними людьми, особенно с незнакомыми, в том числе с курьерами. Если есть такая возможность, лучше всего перейти на отдаленный режим взаимодействия, воспользоваться услугами доставки пищи и лекарств на дом. Следует продумать бесконтактную форму передачи товаров и денежных средств, по аналогии с передачей денег при купле-продаже через банковскую ячейку. С этой целью требуется оборудовать специальную емкость, в которую курьер будет складывать товар при его передаче, а получатель услуг — рассчитываться [5, 7].

Цель исследования — обосновать необходимость разработки медико-социальной технологии здоро-

вьесбережения пожилого населения в условиях самоизоляции в период распространения инфекционных заболеваний (на примере COVID-19).

Материалы и методы

В работе на базах исследования: ГБУЗ ГКБ им. А. К. Ерамишанцева ДЗМ (ГБУЗ ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ, ГБУЗ Поликлиника РАН № 4 Управделами Президента РФ) были определены контингенты населения, прикрепленного к поликлиникам данных учреждений, и выделены категории лиц старше 65 лет. Исследование проведено в декабре 2019 — ноябре 2020 г. Общий объем наблюдений составил 65 120, данные взяты из Формы 025/у.

Кроме того, были использованы данные статистического анализа Аналитического центра при Правительстве Москвы (ac.gov.ru) о численности пожилого населения, находящегося на режиме самоизоляции и пользующегося услугами работников соцзащиты или волонтеров.

Методы исследования — аналитический, монографический, метод эксперимента.

Результаты исследования

Средства массовой информации и социальные сети изобилуют предложениями по организации досуга в период самоизоляции. В основном это развлекательные игры в кругу семьи: хоровое пение, танцы, занятия спортом, кулинария. Большинство предложений не годится для пожилых людей по причине их сложности.

В противовес множеству негативных последствий режим семейной самоизоляции предоставил пожилым людям некоторые преференции: появилась реальная возможность обучения компьютерной грамотности и овладения интернет-ресурсами. В обычное время помощь пожилому родственнику в этом вопросе наталкивается на множество объективных препятствий, главное из которых — нехватка времени. Самоизоляция ликвидирует этот барьер: несколько недель детям и внукам предстоит круглосуточное общение, причем для старшего и младшего поколения вопрос организации досуга имеет обоюдную актуальность.

Использовать потенциал волонтерского движения лишь в формате продуктивно-вещевой доставки нерационально. Волонтер должен взять на себя обязанность методической организации досуга при самоизоляции, для чего его необходимо обучить соответствующей технологии.

В ходе исследования нами была предложена технология здоровьесбережения в период самоизоляции (далее — Технология), ориентированная на разумную регламентацию свободного времени в период вынужденной самоизоляции с учетом психологии пожилого человека, его жизненных приоритетов и основных принципов прикладной гериатрии. Некоторые предлагаемые меры ранее успешно апробированы в ходе реализации проекта «Регистр долгожителей».

В исследовании приняли участие 562 пожилых человека (54% женщин и 46% мужчин) старше 65 лет (средний возраст — 70,1 года).

Технология базируется на двух методических подходах: лечебная учеба и профилактика коронавирусной инфекции. Обе позиции дополняют друг друга.

Профилактические мероприятия ориентированы на снижение рисков, связанных с длительным нахождением в изоляции: гиподинамии и нутритивного дисбаланса, астенизации, гипоксии. Перечисленные риски могут существенно нарастать в обстановке постоянного опасения заразиться коронавирусной инфекцией, особенно у лиц с неустойчивой психикой, каковых множество среди населения старших возрастных групп.

Основной идеей лечебной учебы является освоение компьютерной техники, овладение информационными технологиями с параллельным обучением оздоровительным методикам. Мы выступаем с общественной инициативой «Лечебная учеба» (ЛУЧ), направленной на повсеместную интеграцию Технологии (см. таблицу).

Обсуждение

Пусковым моментом ЛУЧ является выбор партнера-инструктора. Практика показывает, что лучше всего с этой ролью справляются внуки-старшеклассники. Исходные отношения между младшими партнерами (внуками, внучками) и старшими партнерами (дедушками, бабушками), как правило, обоюдопозитивны. Они не омрачены бытовыми неурядицами и материальными требованиями, как это бывает с детьми и родителями. Между ними нет взаимных обязательств, а значит и сковывающей нормальное общение ответственности. На подобной основе формируются исключительно позитивные взаимоотношения. Первоначальная оценка накопленного опыта позволяет прогнозировать, что участие в программе ЛУЧ будет способствовать укреплению семейных связей. Предлагаемая программа состоит из трех этапов:

I этап. Партнер-инструктор в процессе общения структурирует болезни пожилого родственника и лекарства, которые тот принимает. Эти данные вносятся в заранее подготовленную электронную таблицу формата Excel.

II этап. Пользуясь одной из поисковых систем, пожилой партнер под руководством инструктора определяет для каждой болезни соответствующий лечебно-физкультурный комплекс, лечебные физические факторы, лечебное питание и лекарственные растения. Важно, чтобы инициатива исходила от самого пожилого человека, чтобы все поисковые действия выполнялись им лично и в дальнейшем поэтапно закреплялись. При выборе лечебных факторов следует руководствоваться не показаниями, а отсутствием противопоказаний для их приема.

Выбирая ЛФК, предпочтение следует отдавать упражнениям, выполняемым лежа или стоя; целесообразно исключить крупноамплитудные вращения

вокруг продольной оси, особенно наклоны с поворотами. Как правило, ЛФК для возраст-ассоциированных болезней имеет общую основу, адаптируется и легко комбинируется. Каждое упражнение должно быть оценено с точки зрения возможности его выполнения, в зависимости от возраста и физических возможностей определяется верхняя планка нагрузки.

Дозированная оксигенация в форме утреннего и вечернего променада, регулярных прогулок по балкону или вокруг дома, подвижных игр на воздухе с детьми, ходьбы вместо праздного времяпрепровождения, проветривания помещений являются надежными способами профилактики гипоксии. Вместе с работой по хозяйству (уборка, стирка, приготовление пищи, уход за детьми) они в достаточной степени препятствуют развитию гиподинамии.

Самоизоляция не должна проходить в условиях светоизоляции. Дефицит витамина D способствует снижению противовирусного иммунитета и, как правило, усугубляет течение COVID-19, повышая выраженность цитокинового шторма. Самоизоляцию необходимо проводить в буквальном смысле с открытыми окнами, используя каждую возможность нахождения вне закрытого помещения. Если такой возможности нет, целесообразно рассмотреть вопрос о профилактическом приеме витамина D₃ (холекальциферол) в небольших дозах (1000—2000 МЕ/сут).

Среди лечебных физических факторов наиболее доступны водные процедуры. Нами было предложено тем пациентам, которые участвовали в предложенном эксперименте, превратить с помощью специальных насадок банальный душ в лечебный, например в душ Виши. Особая конфигурация струй создает эффект природного дождя; на теле образуются зоны ионизации, дающие общеукрепляющий оздоровительный эффект. Регулярные обливания с постепенным снижением температуры оказывают закалывающий эффект и повышают противоинфекционную устойчивость организма.

В период эпидемии многие эксперты советуют увеличить потребление пищевых адаптогенов — продуктов, повышающих устойчивость организма к агрессивному влиянию окружающей среды, в том числе к инфекции. Считается полезным добавлять в рацион питания чеснок, лук, имбирь, куркуму. Однако не следует злоупотреблять указанными добавками, поскольку их передозировка может вызвать аллергию и расстройство пищеварения. В некоторых случаях устойчивость организма к инфекциям повышается на фоне приема биостимуляторов — биологически активных веществ, укрепляющих защитные силы организма (женьшень, аралия маньчжурская, лимонник китайский, заманиха высокая, элеутерококк колючий, левзея сафроловидная, родиола розовая, панты оленя, мед и продукты пчеловодства). Предпочтение следует отдавать натуральным, еще лучше — самостоятельно выращенным продуктам. Поэтому в ходе исследования мы изучили состояние здоровья, а именно — наличие и число хронической

COVID-19

Технология здоровьесбережения пожилого населения в период вынужденной самоизоляции

Тип мероприятия	Мероприятие	Ограничения	Участники	Материальное обеспечение	Информационные ресурсы
Методическое	Освоение компьютерной грамотности	Нет	Пожилой человек + инструктор	Компьютер	Интернет
Методическое	Выбор поисковой системы	Нет	Пожилой человек + инструктор	Компьютер	Интернет
Методическое	Архивация данных	Нет	Пожилой человек + инструктор	Компьютер	
Методическое	Структурирование болезней	Нет	Пожилой человек + инструктор	Компьютер	
Оздоровительное	Лечебно-физкультурный комплекс (ЛФК)	С учетом противопоказаний и показаний	Пожилой человек	Компьютер	Интернет
Оздоровительное	Лечебные физические факторы	С учетом противопоказаний и показаний	Пожилой человек	Компьютер	Интернет + http://www.o-vannoy.ru/dush/dush-alekseeva
Оздоровительное	Лекарственные растения	С учетом противопоказаний и показаний	Пожилой человек	Компьютер	Интернет + https://info.wikireading.ru/80534
Общеукрепляющее	Выращивание лекарственных растений	С учетом ограничений физической нагрузки	Пожилой человек	Компьютер + садовый инструмент	https://semenapost.ru/catalog/semena/semena_lekarstvennykh_rasteniy/ ; https://magazintrav.ru
Оздоровительное	Лечебно-диетическое питание	С учетом противопоказаний и показаний	Пожилой человек	Компьютер	Интернет + https://kronkolit.pro/lechebnyye-stoly-diyety-№1—15-pevzneru
Общеукрепляющее	Лечебная кулинария	С учетом ограничений физической нагрузки	Пожилой человек	Компьютер	Интернет + https://gotovim-doma.ru ; https://eda.ru/recepty
Общеукрепляющее	Выращивание диетических продуктов	С учетом ограничений физической нагрузки	Пожилой человек	Компьютер + садовый инструмент	http://dacha-posadka.ru/virashivanie/kakie-lekarstvennye-rasteniya-mozhno-vyraschivat-v-teplice.html
Оздоровительное	Ревизия лекарственных назначений	С учетом противопоказаний и показаний	Пожилой человек + инструктор	Компьютер	Интернет
Оздоровительное	Освоение маршрутов лечебного туризма	С учетом противопоказаний и показаний	Пожилой человек + инструктор	Компьютер	Интернет + https://www.tourprom.ru/medical-tourism ; https://zclub-caspian.ru/turizm-stati/lechebnyj-turizm-i-vsechto-nuzhno-o-nem-znat/.html
Психологическая разгрузка	Лечебная зоология	Нет	Пожилой человек + домашние животные		https://mos-holidays.ru/master-klass-kids-mba-vygul-svoix-i-chuzhix-sobak-dlya-shkolnikov/
Развитие творческих способностей	Прохождение мастер-классов по вязанию, кройке и шитью, рисованию, лепке, фотографии, настольным играм	Нет	Пожилой человек + инструктор	Компьютер	https://www.livemaster.ru/masterclasses/vyazanie/vyazanie-kryuchkom https://www.livemaster.ru/masterclasses/shite/krojka-i-shite https://www.livemaster.ru/masterclasses/zhivopis-i-risovanie https://www.livemaster.ru/masterclasses/keramika/lepka-iz-gliny https://www.livemaster.ru/masterclasses/video-i-fotografiya/fotografiya https://infourok.ru/scenariy-masterklassa-pohahmatam-tayni-shahmatnoj-doski-1079463.html
Развитие творческих способностей	Прохождение мастер-классов по коллекционированию	Нет	Пожилой человек + инструктор	Компьютер	https://www.maam.ru/detskijasad/master-klas-tehnologija-kolekcionirovanija-kak-yefektivnaja-forma-raboty-s-roditeljami.html
Методическое	Освоение видеокommunikационных технологий	Нет	Пожилой человек + инструктор	Компьютер	Интернет
Психологическая разгрузка	Видеообщение	Нет	Пожилой человек	Компьютер	Интернет + https://support.skype.com/ru/faq/FA34850/znakomstvo-so-skype
Методическое	Освоение доступа к электронной библиотеке	Нет	Пожилой человек + инструктор	Компьютер	Интернет
Методическое	Освоение доступа к аудиокнигам	Нет	Пожилой человек + инструктор	Компьютер	Интернет + https://www.litres.ru ; https://mybook.ru
Психологическая разгрузка	Лечебное чтение	Нет	Пожилой человек	Компьютер	Интернет
Методическое	Освоение доступа к видеоматериалам	Нет	Пожилой человек + инструктор	Компьютер	Интернет
Психологическая разгрузка	Лечебный просмотр видео	Нет	Пожилой человек	Компьютер	Интернет
Психологическая разгрузка	Дистанционное посещение музеев, выставок, спектаклей, конкурсов	Нет	Пожилой человек + инструктор	Компьютер	Интернет + https://youtube.com ; https://yandex.ru
Психологическая разгрузка	Формирование семейного архива	Нет	Пожилой человек + члены семьи	Компьютер	Интернет + https://softcatalog.info
Психологическая разгрузка	Лечебное интервьюирование «#САМЫЙ-СЧАСТЛИВЫЙДЕНЬ»	Нет	Пожилой человек + члены семьи	Компьютер	

патологии у принявших участие в эксперименте пенсионеров.

Так, у 47,2% пациентов были выявлены хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, у 23,1% — сахарный диабет, у 15,3% — нарушения со стороны костно-мышечной системы, у 10,2% — расстройства нервной системы, а у 4,2% установлено онкологическое заболевание.

Именно поэтому предложенная нами Технология подразумевает анализ состояния здоровья с акцентом на противопоказания для биостимуляторов; это вдвойне актуально для лиц с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями.

Условия самоизоляции способствуют отклонениям от привычного характера и режима питания человека вследствие ограничения доступности продуктов, увеличению потребления «тяжелой» для старческого организма пищи с повышенным содержанием жиров, сахара и соли, чрезмерным использованием консервов. Следует отдавать предпочтение свежим овощам, фруктам, ягодам или продуктам с минимальной технологической обработкой (молочнокислые продукты, крупы).

Лекарственные растения, в отличие от лекарств, оказывают более мягкое действие и почти не имеют противопоказаний. Фитопрепараты, т. е. лекарства на основе лекарственных растений, обычно хорошо переносятся пожилыми людьми, не вызывают аллергии и опасных побочных реакций. Фитопрепараты хорошо себя зарекомендовали в лечении многих старческих недугов, в том числе в коррекции моторики желудочно-кишечного тракта (запор, диарея, метеоризм), сна, настроения.

Пожилым людям, принимающим несколько лекарств, полезно время от времени производить их ревизию. Безусловно, главным экспертом в назначении лекарств должен быть лечащий врач, его мнение должно быть определяющим. Однако он, как и любой человек, может ошибаться. По материалам американского мета-исследования «Человеку свойственно ошибаться» (1999), два человека из тысячи обратившихся за медицинской помощью умирают от ошибок врачебных назначений.

Особенно часто ошибки допускаются в отношении пожилых пациентов. В среднем пациент старше 60 лет страдает 5,4 болезнями и принимает 5,5 лекарств. С учетом того что каждое лекарство в среднем имеет 5 показаний, 5 противопоказаний и 5 побочных действий, врач при назначении лечения пожилому пациенту вынужден анализировать 3200 комбинаций. Оперировав таким большим объемом информации, любой человек, даже с очень хорошей памятью, может ошибиться.

Чтобы свести вероятность ошибки к минимуму, необходимо подробно изучить инструкцию к применению каждого принимаемого лекарства, придерживаясь следующего алгоритма.

Изучить противопоказания. Если в перечне противопоказаний обнаружится болезнь или симптом, который имеется у пациента, необходимо приоста-

новить прием этого лекарства и срочно обратиться к лечащему врачу.

Изучить побочные действия. Если предъявляемые пожилым человеком жалобы соответствуют побочному действию одного из лекарств, необходимо исключить возможность индуцированного их возникновения.

Проанализировать лекарственное взаимодействие. Многие лекарства при совместном употреблении вступают друг с другом в различные химические реакции. В пожилом возрасте вероятность подобного взаимодействия увеличивается, поскольку в процессе метаболизма лекарства образуется большее количество промежуточных продуктов, которые, как правило, химически более агрессивны. Совпадение испытываемых болезненных ощущений с негативными проявлениями лекарственного взаимодействия — еще один повод для обращения к лечащему врачу.

На этом этапе внедрения нашей Технологии мы обеспечили пожилых пациентов, принявших участие в эксперименте, информационными брошюрами.

III этап. Завершив теоретическую часть, следует перейти к выполнению оздоровительной программы. В нее включаются все выбранные лечебные факторы.

Количество упражнений ЛФК не должно превышать 5—10 и выполнять их лучше 1—2 раза в день по 5—15 мин. Особую отдачу от ЛФК следует ожидать в случае совместных тренировок нескольких членов семьи из разных возрастных групп. После первых сеансов необходимо произвести ревизию упражнений и в случае необходимости заменить сложные на более простые, адекватные по своей эргономике.

Физические нагрузки должны завершаться водными процедурами. При закаливании важно придерживаться систематического подхода.

Компьютерные технологии позволяют потенцировать уже сформированные навыки и увлечения, дают возможность развить не реализованные в молодом возрасте творческие способности путем посещения в онлайн-режиме мастер-классов по вязанию, кройке и шитью, рисованию, лепке, фотографии, к любым настольным и карточным играм, начать заниматься виртуальным коллекционированием предметов материальной и нематериальной природы.

Важным компонентом досуга пожилого человека в период самоизоляции должно стать общение. Большинство пенсионеров маломобильны и постоянно испытывают дефицит общения. С помощью современных гаджетов можно легко компенсировать любую степень этого дефицита. В режиме самоизоляции можно овладеть одним из форматов видеобщения через интернет (наиболее распространенное приложение — Skype). Общение с родственниками, знакомыми, бывшими сослуживцами может скрасить не один день досуга и оказать благоприятное психологическое влияние.

В рамках исследования волонтеры, приходившие к пенсионерам на самоизоляции и желавшим обучиться навыкам общения по Skype, предлагали уроки обучения, которые прошли 25,1% пожилых.

COVID-19

В связи со сложившейся эпидемической ситуацией многие музеи, выставки, картинные галереи подготовили специальные приложения, которые дают возможность, пользуясь интернетом, в онлайн-режиме посетить соответствующие экскурсии. Аналогичным образом можно прослушать с высоким эффектом присутствия спектакли ведущих театров, концертные представления, «посетить» телевизионными конкурсы. Обучившись пользоваться электронными «поисковиками», пожилой человек свободно выберет для себя интересующее мероприятие. Помощь пожилым по обучению навыкам пользования поисковыми системами по интересам прошло 16,5% человек.

Заключение

COVID-19 осложнил нашу жизнь, но одновременно открыл новые перспективы, о которых мы ранее не догадывались. В период самоизоляции можно доделать дела, которые годами оставались невыполненными, завершить то, до чего не доходили руки, на что хронически не хватало времени. Каким бы ни был исход эпидемии, необходимо правильно распорядиться открывшейся перспективой. Особенно это важно для пожилых людей, наиболее чувствительных к негативным изменениям окружающей среды.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахов А. В., Лепяхин В. К. Проблемы безопасности лекарственных средств в России. *Фармацевтический мир*. 1997;(2):10—2.
2. Гамеева Е. В., Дмитриев А. В., Шестопалов А. Е. Роль нутритивной поддержки в лечении пациентов онкологического профиля, инфицированных SARS-COV-2. *Медицинский алфавит*. 2020;(20):54—9.
3. Громова О. А., Торшин И. Ю., Габдулина Г. Х. Пандемия COVID-19: защитные роли витамина D. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2020;13(2):132—45.

4. Драпкина О. М., Гамбарян М. Г., Горный Б. Э., Карамнова Н. С., Концевая А. В., Новикова Н. К., Попович М. В., Рыбаков И. А., Калинина А. М. Укрепление здоровья и профилактика хронических неинфекционных заболеваний в условиях пандемии и самоизоляции. Консенсус экспертов национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины и российского общества профилактики неинфекционных заболеваний. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(3):270—94.
5. Островский Д. И., Иванова Т. И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (обзор литературы). *Омский психиатрический журнал*. 2020;24(2-S1):4—10.
6. Якушин М. А., Дасаева Л. А., Матюхина Е. Б. Регистр долгожителей и его структура. *Клиническая геронтология*. 2011;17(9—10):83.
7. Якушин М. А., Шабалин В. Н. Герiatricкая экспертиза лекарственных препаратов. *Разработка и регистрация лекарственных средств*. 2014;8(3):198—202.

Поступила 03.03.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Astakhov A. V., Lepahin V. K. Problems of drug safety in Russia. *Pharmaceuticheskij mir*. 1997;(2):10—2 (in Russian).
2. Gameeva E. V., Dmitriev A. V., Shestopalov A. E. The role of nutritional support in the treatment of patients with cancer infected with SARS-COV-2. *Meditsinskij alfavit*. 2020;(20):54—9 (in Russian).
3. Gromova O. A., Torshin I. Yu., Gabdulina G. H. COVID-19 Pandemic: protective roles of vitamin D. *Farmakoekonomika. Sovremennaya farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya*. 2020;13(2):132—45 (in Russian).
4. Drapkina O. M., Gambaryan M. G., Gorny B. E., Karamnova N. S., Kontsevaya A. V., Novikova N. K., Popovich M. V., Rybakov I. A., Kalinina A. M. Health Promotion and prevention of chronic non-communicable diseases in conditions of pandemic and self-isolation. consensus of experts of the national medical research center for therapy and preventive medicine and the Russian society for the prevention of noncommunicable diseases. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2020;19(3):270—94 (in Russian).
5. Ostrovsky D. I., Ivanova T. I. Influence of the new COVID-19 coronavirus infection on human mental health (literature review). *Omskij psichiatricheskij zhurnal*. 2020;24(2-S1):4—10 (in Russian).
6. Yakushin M. A., Dasaev L. A., Matyukhina E. B. The Register of centenarians and its structure. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2011;17(9—10):83 (in Russian).
7. Yakushin M. A., Shabalin V. N. Geriatric expertise of medicinal products. *Razrabotka i registratsiya lekarstvennykh sredstv = Development and Registration of Medicinal Products*. 2014;8(3):198—202 (in Russian).

Здоровье и общество

© Коллектив авторов, 2021
УДК 614.2

Савина А. А., Фейгинова С. И., Сон И. М., Вайсман Д. Ш.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПЕРИОД РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва

В статье приведены результаты анализа статистических показателей первичной заболеваемости взрослого населения РФ в период реализации государственных программ. Целью исследования являлось изучение динамики показателей первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации в 2006—2011 гг. и 2012—2018 гг. по федеральным округам и субъектам РФ. Проведенный анализ позволил выявить субъекты РФ, в которых показатель заболеваемости в период реформирования системы здравоохранения практически не изменился либо имел отрицательную динамику, а также определить периоды реформирования здравоохранения, в течение которых была достигнута положительная динамика показателей первичной заболеваемости. Кроме того, процесс реформирования не всегда носил системный характер, не все запланированные задачи были решены, в результате чего в уровнях показателей первичной заболеваемости отдельных взятых субъектов выявляются значительные расхождения. Такой анализ позволяет выделить конкретные направления совершенствования региональной политики в системе здравоохранения.

Ключевые слова: первичная заболеваемость; взрослое население Российской Федерации; динамика показателя; темпы прироста — убыли; государственная программа; национальный проект.

Для цитирования: Савина А. А., Фейгинова С. И., Сон И. М., Вайсман Д. Ш. Динамика показателей первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации в период реализации государственных программ. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):52—58. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-52-58>

Для корреспонденции: Савина Анна Александровна, канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения медицинской статистики и документалистики ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, e-mail: a.savina@mednet.ru

Savina A. A., Feiginova S. I., Son I. M., Vaisman D. Sh.

THE TRENDS IN PRIMARY MORBIDITY OF ADULT POPULATION OF THE RUSSIAN POPULATION DURING IMPLEMENTATION OF STATE PROGRAMS

The Federal State Budget Institution «The Central Research Institute for Health Organization and Informatics» of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia

The article presents the results of analysis of indices of primary morbidity of adult population in the Russian Federation during implementation of state programs. The purpose of the study was to study the dynamics of indices of primary morbidity of adult population of Federal districts and subjects of the Russian Federation in 2006—2011 and 2012—2018. The analysis established the subjects of the Russian Federation where the mentioned indices factually remained unchanged or had negative dynamics. Also, the periods of health care reform with positive dynamics of indices of primary morbidity were determined. Besides, reforming process was not always systematic and not all planned tasks were completed that, resulted in significant discrepancies in values of indices of primary morbidity among particular subjects of the Russian Federation. This kind of analysis permits to identify specific directions of improving regional policy in health care.

Keywords: incidence; adult population; the Russian Federation; dynamics of indicator; increase — decrease rate; state programs; national project.

For citation: Savina A. A., Feiginova S. I., Son I. M., Vaisman D. Sh. The trends in primary morbidity of adult population of the Russian population during implementation of state programs. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):52—58 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-52-58>

For correspondence: Savina A. A., candidate of medical sciences, the leading researcher of the Department of Medical Statistics and Documentation Science of the Federal State Budget Institution «The Central Research Institute for Health Organization and Informatics». e-mail: a.savina@mednet.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.06.2020
Accepted 29.10.2020

Крупнейшее реформирование системы здравоохранения РФ началось в 2006 г. с принятием Приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье», который был направлен на решение самых неотложных задач и создание условий для последующей системной модернизации всей отрасли [1]. В статье приведены результаты влияния национального про-

екта «Здоровье» за 2006—2011 гг. (1-й период) и Государственной программы «Развитие здравоохранения» за 2012—2018 гг. (2-й период) на показатели первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации (РФ).

Целью данного исследования стало изучение динамики показателей первичной заболеваемости

Здоровье и общество

взрослого населения РФ в периоды 2006—2011 гг. и 2012—2018 гг. в разрезе федеральных округов (ФО) и субъектов РФ.

Материалы и методы

Материалы исследования — статистические сборники Министерства здравоохранения РФ и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России «Заболеваемость взрослого и детского населения Российской Федерации».

Методы исследования — расчет показателей динамического ряда (темпы прироста — убыли, темпы роста, показатель наглядности).

Результаты исследования

В период реализации ПНП «Здоровье» (2006—2011) показатели первичной заболеваемости взрослого населения в целом по РФ практически не изменялись: прирост за 5 лет составил всего 1%. Анализ заболеваемости по субъектам РФ показал, что все субъекты можно разделить на две группы: 1-я группа — субъекты РФ, в которых показатели возросли, 2-я группа — субъекты РФ, в которых показатели снизились.

В течение первого периода практически во всех ФО и субъектах РФ отмечалось снижение показателя первичной заболеваемости населения. Исключение составили Южный и Уральский ФО: в нескольких субъектах, входящих в состав этих округов, наблюдался рост заболеваемости. Самый высокий темп прироста был отмечен в Республике Ингушетия (+120%), а самый высокий темп снижения — в Республике Калмыкия (–18%).

За годы реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения» с 2012 по 2018 г. (во втором периоде реформирования системы здравоохранения) показатель первичной заболеваемости в целом по стране снизился на 2%. При этом следует отметить, что в 28 субъектах РФ наблюдался рост показателя первичной заболеваемости, самый высокий прирост был зафиксирован в Ленинградской области (+22%).

Анализ показателей первичной заболеваемости в среднем по ФО за два взятых периода показал рост показателей первичной заболеваемости в Северо-Западном ФО (рис. 1).

Среди субъектов РФ обращают на себя внимание показатели республик Ингушетия и Калмыкия, в которых в 1-м периоде отмечались максимальные значения как по приросту, так и по снижению. Например, в Республике Ингушетия на конец 2-го периода показатели заболеваемости практически достигли значений 2006 г., а в Республике Калмыкия во 2-м периоде продолжалось снижение показателей заболеваемости.

Одной из целей реализации ПНП «Здоровье», а в последующем и Государственной программы «Развитие здравоохранения» было совершенствование медицинской помощи пациентам с болезнями систе-

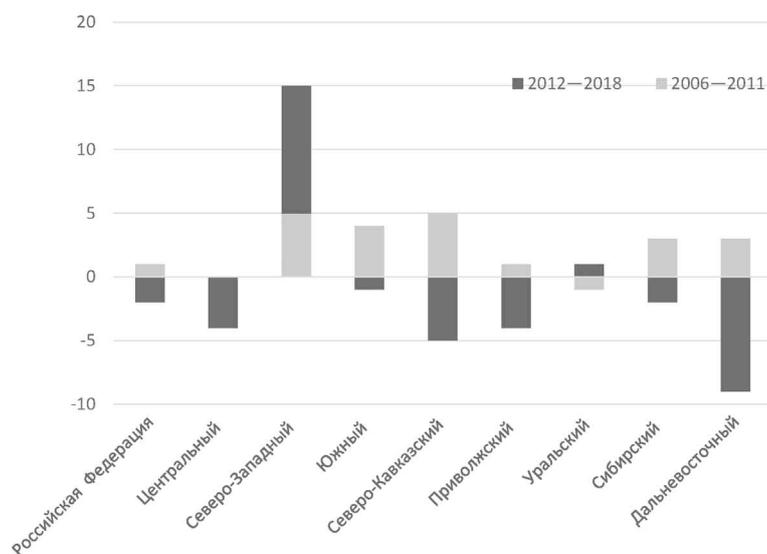


Рис. 1. Динамика показателей первичной заболеваемости взрослого населения РФ по ФО в периоды 2006—2011 гг. и 2012—2018 гг. (в %).

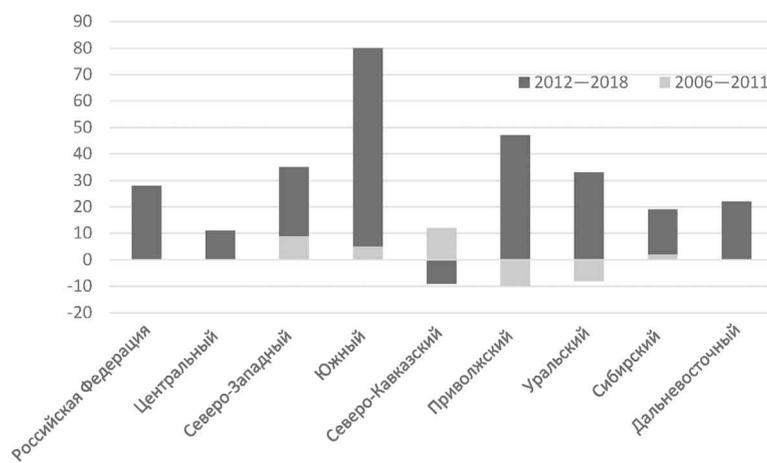


Рис. 2. Динамика показателей первичной заболеваемости взрослого населения РФ БСК по ФО в периоды 2006—2011 гг. и 2012—2018 гг. (в %).

мы кровообращения (БСК). Поэтому необходимо проанализировать динамику показателей первичной заболеваемости по данному классу болезней. Анализ показал, что показатели первичной заболеваемости БСК в период 2006—2011 гг. в целом по стране остались неизменными, прирост наблюдается только в 35 субъектах РФ. В конце 2011 г. в Республике Ингушетия отмечен рост заболеваемости в 3,5 раза, в Республике Адыгея — в 2 раза. С 2012 по 2018 г. произошли кардинальные изменения в уровнях первичной заболеваемости БСК, в этот период показатели заболеваемости на территории РФ выросли почти на $\frac{1}{3}$ (рис. 2).

Анализ по субъектам показал, что только в 15 из них отмечено снижение заболеваемости. В Республике Ингушетия и в Камчатском крае к концу 2-го периода показатели заболеваемости практически достигли значений 2006 г.

За период 2006—2011 гг. наблюдалось снижение числа острых инфарктов миокарда на 8%, но повторных инфарктов миокарда стало на $\frac{1}{4}$ больше. Во 2-м

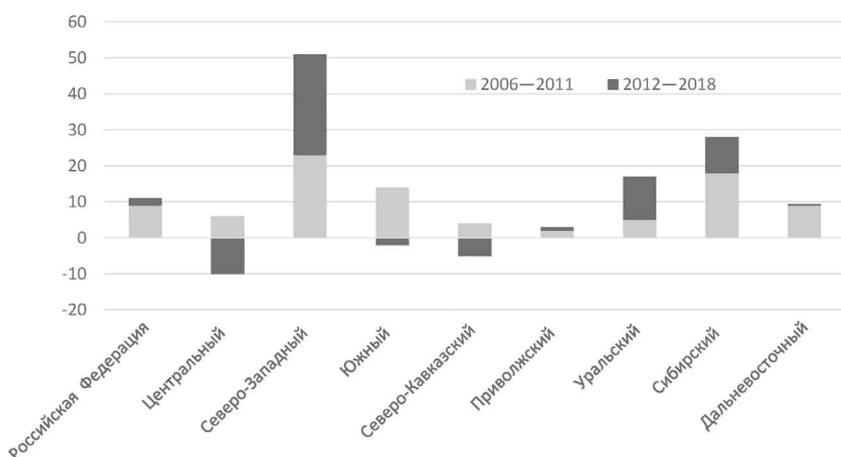


Рис. 3. Динамика показателей первичной заболеваемости взрослого населения РФ по классу новообразований по ФО в периоды 2006—2011 гг. и 2012—2018 гг. (в %).

периоде реформирования показатели первичной заболеваемости острым инфарктом миокарда выросли на 6%, а повторным инфарктом снизились на 12%. Обращают на себя внимание показатели заболеваемости острым инфарктом миокарда в отдельно взятых субъектах РФ. Так, в 1-м периоде с темпом прироста насчитывалось 25 субъектов. Максимальный прирост наблюдался в Республике Ингушетия (+76%) и Кабардино-Балкарской Республике (+66%). По окончании 2-го периода темп прироста зафиксирован в 48 субъектах РФ. В этот период максимальный прирост (+219% и +191%) отмечен в тех же субъектах. Анализ показателей заболеваемости cerebrovascularными болезнями обнаружил прирост сразу в двух периодах (+27% и +22%).

Второй важнейшей целью реализации ПНП «Здоровье», а в последующем и Государственной программы «Развитие здравоохранения» являлась борьба с новообразованиями. Анализ показателей первичной заболеваемости по классу новообразований показал, что в первый период в целом по стране заболеваемость выросла на 9%. В этот период самый значительный прирост фиксируется в Северо-Западном ФО (+23%), а во 2-м периоде рост новообразований заметно снизился и к концу 2018 г. составлял только 2%. При этом в Северо-Западном ФО продолжается тенденция к росту на уровне 28% (рис. 3). Первичная заболеваемость новообразованиями в 1-й период реформирования была значительно выше. Следует отметить, что особую настороженность вызывают показатели в Республике Ингушетия, так как в период 2006—2011 гг. отмечено 4-кратное увеличение, а в 2012—2018 гг. установлено снижение почти в 2 раза. Аналогичная картина сложилась в Смоленской области: в 1-й период отмечен 2-кратный рост, а во 2-м заболеваемость снизилась почти в 2 раза. Обращают на себя вни-

мание и субъекты Центрального ФО, например Воронежская область, где в 1-м периоде заболеваемость выросла на 44%, а затем снизилась на 40%. Таким образом, в конце 2018 г. уровень заболеваемости стал ниже уровня 2006 г. Похожая была картина и в Тамбовской области (+27%; -20%). Изучение двух периодов в отдельно взятых субъектах РФ показало, что в период 2006—2011 гг. насчитывалось 64 субъекта с приростом показателей заболеваемости по классу новообразований, а во 2-м периоде (2012—2018) их численность снизилась до 47.

В результате исследования показателей первичной заболеваемости болезнями эндокринной системы выделяется четкое разделение на два периода

(рис. 4). В 1-м периоде показатели первичной заболеваемости снижались как в целом по стране, так и в 62 субъектах РФ. Во 2-м периоде произошли существенные изменения динамики показателя и средний темп прироста по РФ составил 37%. На рис. 4 в Дальневосточном ФО заметно снижение сразу в двух периодах. Анализ в отдельно взятых субъектах РФ показал резко выраженные различия не только в уровнях заболеваемости, но и в темпах их прироста. Так, во 2-м периоде реформирования здравоохранения в Тульской области почти в 4 раза выросла заболеваемость болезнями эндокринной системы, хотя в 1-м периоде она имела тенденцию к снижению. Подобная картина складывается во многих субъектах.

Показатели первичной заболеваемости болезнями органов дыхания практически во всех ФО равномерно увеличивались, за исключением Дальневосточного ФО, в котором с 2012—2018 гг. прирост составил только 1%. Изучение показателей заболеваемости в отдельно взятых субъектах РФ показало до-

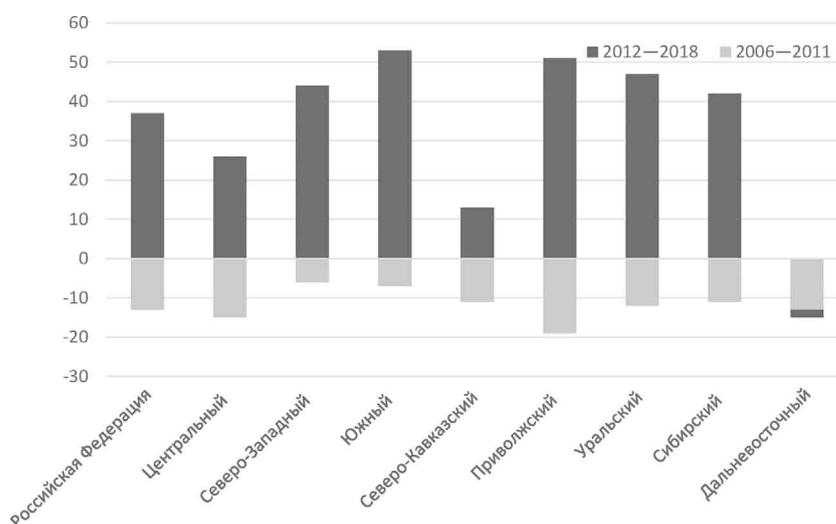


Рис. 4. Динамика показателей первичной заболеваемости взрослого населения РФ болезнями эндокринной системы по ФО в периоды 2006—2011 гг. и 2012—2018 гг. (в %).

Здоровье и общество

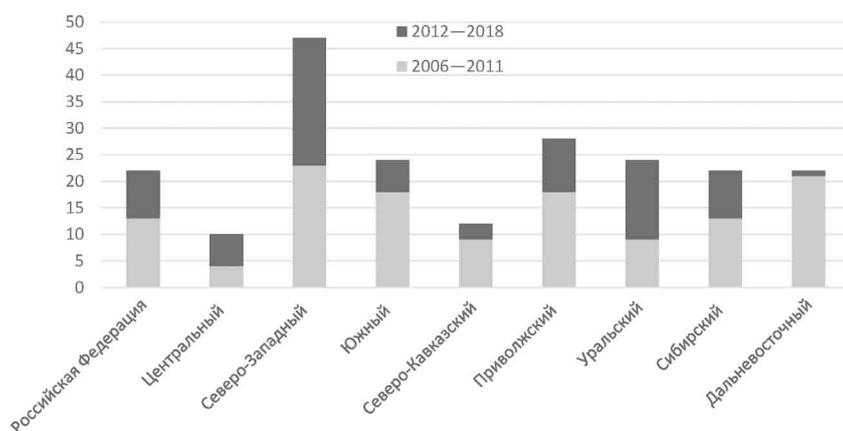


Рис. 5. Динамика показателей первичной заболеваемости взрослого населения РФ болезнями органов дыхания по ФО в периоды 2006—2011 гг. и 2012—2018 гг. (в %).

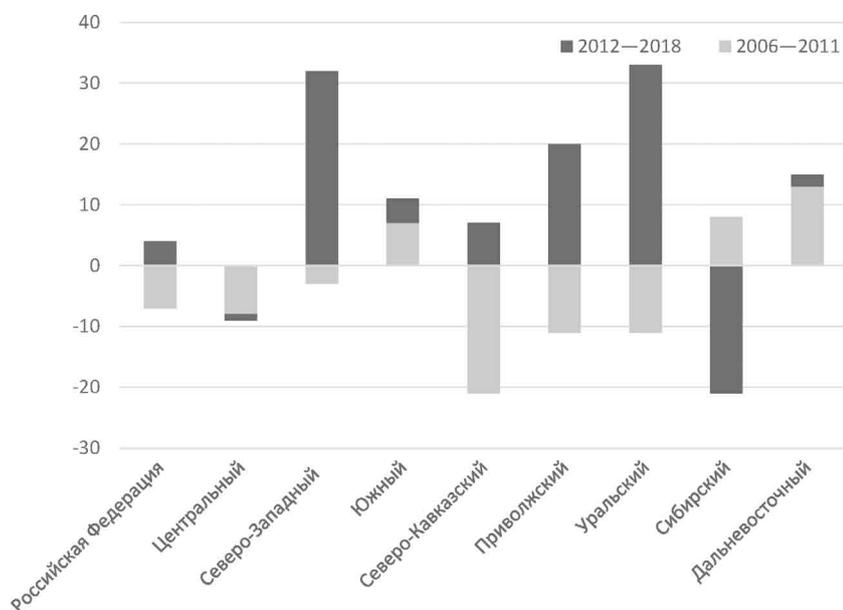


Рис. 6. Динамика показателей первичной заболеваемости взрослого населения РФ болезнями органов пищеварения по ФО в периоды 2006—2011 гг. и 2012—2018 гг. (в %).

статочно ярко выраженную разнонаправленную динамику не только по субъектам, но и в изучаемых периодах. Например, в Республике Калмыкия в 2006—2011 гг. произошло снижение на 23%, а в 2012—2018 гг. — прирост на 28%, за счет чего уровень показателя первичной заболеваемости вернулся к значению 2006 г.

По классу органов пищеварения в 1-м периоде в целом по РФ отмечено снижение показателей заболеваемости на 7%. В этот период в этом классе болезней в Республике Ингушетия был выявлен наивысший темп прироста (+58%). Во 2-м периоде в целом по РФ наблюдался прирост на 4% (рис. 6). Изучение показателей заболеваемости по субъектам показало высокий темп прироста в Оренбургской области (+111%), Еврейской АО и Чеченской Республике (+98%), Ямало-Ненецком АО (+88%), г. Санкт-Петербурге (+87%) и в Удмуртской Республике (+80%).

Оценка показателей заболеваемости в двух периодах позволила выявить, что во 2-м периоде количество субъектов, имеющих прирост, выросло с 28 до 54. Уровень первичной заболеваемости во многих субъектах РФ за период 2012—2018 гг. вырос в 2 раза.

Показатели первичной заболеваемости взрослого населения по остальным классам болезней показывают постоянное постепенное снижение в двух периодах, за исключением класса болезней уха и его сосцевидного отростка — в 1-м периоде отмечен прирост показателя на 11%, и класса болезней крови, кровеносных органов — во 2-м периоде наблюдался прирост показателя на 4%.

Обсуждение

ПНП «Здоровье» (начало реализации — 1 января 2006 г.) положил начало глубоким преобразованиям в сфере здравоохранения, сделал важный прорыв по многим направлениям. По результатам 3-летнего опыта реализации проекта в 2008 г.в Минздравсоцразвития РФ приступили к разработке «Концепции развития системы российского здравоохранения в период до 2020 года» [2], реализованной позже в государственных программах «Развитие здравоохранения», «Модернизация здравоохранения», «Диспансеризация взрослого населения».

Предпринятые меры по улучшению и укреплению первичного звена здравоохранения, проведению профилактических осмотров и массовой диспансеризации, а также созданию условий для оказания эффективной медицинской помощи на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи [3] повлияли на показатели первичной заболеваемости и привели к ее росту. Огромнейший вклад в выявление заболеваний внесла диспансеризация взрослого населения (ДВН). Так, в первом цикле (2013—2015) в целом по России ДВН прошли 64,3 млн граждан (53% общей численности взрослого населения РФ); во втором (2016—2017) — 43,6 млн человек (41% населения). Таким образом, общее число обследованных за 5 лет составило более 107 млн [4].

БСК на протяжении многих лет лидируют по смертности и заболеваемости населения РФ [5, 6] и являются одной из главных причин преждевременной смертности лиц трудоспособного возраста. В связи с этим борьба с БСК была признана одной из главных государственных задач (Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» (2007—2012), подпрограмма «Артериальная гипертония» (АГ), на-

правленная на борьбу с АГ в целях профилактики развития ее тяжелых осложнений) [7]. Данная целевая программа в полной мере была реализована в рамках профилактических осмотров и диспансеризации, включая следующие методы обследования: измерение артериального давления, снятие ЭКГ в покое, экспресс-анализ уровня общего холестерина в крови, с определением сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE (первый этап), дуплексное сканирование брахицефальных артерий (второй этап). Принимая во внимание масштабный объем медицинских осмотров в рамках диспансеризации, правомерно предположить, что полученные результаты должны отразиться на показателях официальной медицинской статистики. Так, в годы, предшествовавшие внедрению масштабной диспансеризации, отмечался незначительный прирост впервые выявленных случаев БСК у взрослого населения России. В 2013 г. был отмечен более значительный рост впервые выявленных случаев заболеваний по отношению к 2012 г.: БСК — на 13,7%, АГ — на 5,5%, ишемической болезни сердца — на 52,1%, цереброваскулярных заболеваний — на 4,5% [8]. Ответная реакция на совершенствование медицинской помощи пациентам с БСК четко прослеживается только во 2-м периоде, в этот временной отрезок практически во всех субъектах РФ отмечен рост показателей. Особого внимания заслуживают показатели заболеваемости острым инфарктом миокарда. Анализ двух периодов показал, что в период 2012—2018 гг. наблюдается не только увеличение количества субъектов РФ от 25 до 48 с ростом, но и максимального уровня темпа прироста, как, например, в Республике Ингушетия (+76—219%), что не может не вызывать опасения.

Вторым направлением, которое было обозначено в ПНП «Здоровье» [Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007—2011 годы)», подпрограмма «Онкология»], было снижение смертности от онкологических заболеваний за счет значительных изменений в системе организации онкологической службы [9]. В настоящее время по данному направлению делается упор на выявление заболеваний на ранних стадиях за счет онкоскрининга, включенного в мероприятия профилактического осмотра и диспансеризации. Большинство всех диагностированных случаев злокачественных новообразований составили те виды рака, для выявления которых в программу диспансеризации включены скрининговые тесты и диагностические исследования:

- рак молочной железы — УЗИ молочных желез/маммография;
- рак шейки матки — цитологическое исследование мазка из цервикального канала шейки матки;
- рак предстательной железы — определение простатоспецифического антигена в крови;
- колоректальный рак — исследование кала на скрытую кровь, ректороманоскопия/колоноскопия;

— рак желудка — эзофагогастродуоденоскопия [10].

Обращают на себя внимание субъекты РФ, в которых показатели заболеваемости в 1-м периоде выросли, а к концу 2-го снизились почти до значений 2006 г. К таким субъектам относятся Республика Ингушетия, Смоленская, Воронежская, Тамбовская области. Пик заболеваемости онкологией пришелся на период 2011—2015 гг., что объясняется активными действиями по раннему выявлению злокачественных новообразований.

В период преобразований большое внимание уделялось и болезням эндокринной системы, была реализована Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» (2007—2012), подпрограмма «Сахарный диабет», заключающаяся во внедрении новых технологий в диагностику, профилактику и лечение сахарного диабета [11]. Именно поэтому в программе профилактического осмотра и диспансеризации с целью выявляемости лиц на стадии предиабета или нарушенной толерантности к глюкозе применяется определение экспресс-методом уровня глюкозы в крови натошак. Исследование показателей заболеваемости по классу болезней эндокринной системы в отдельно взятых субъектах РФ показало, что в 1-м периоде прирост отмечен в 23 субъектах РФ, а во 2-м их количество достигло 72. Необходимо особо подчеркнуть, что меньше всего отреагировали на совершенствование медицинской помощи и профилактические мероприятия по эндокринологическому профилю субъекты Дальневосточного ФО. По мнению исследователей, материалы официальной статистики не могут быть ведущим источником информации при установлении истинных размеров распространенности эндокринных заболеваний, так как частота регистрации заболеваний эндокринной системы по обращаемости в 4 раза ниже частоты регистрации заболеваний по медицинским осмотрам [12].

В классе болезней органов дыхания показатели заболеваемости стремятся к росту в двух периодах (+13% и +9% соответственно). В отдельно взятых субъектах РФ в 1-м периоде отмечен прирост, а к концу 2-го — практически равнозначное снижение. Такая динамика наиболее отчетливо прослеживается в Республике Калмыкия (+23% и –28%). Значительный вклад в прирост первичной заболеваемости дают профилактические осмотры и диспансеризация, в рамках которых проводятся флюорография/рентгенография легких (1-й этап), спирометрия (2-й этап). Следует отметить, что во 2-м периоде реформирования отмечался прирост показателей в классе болезней органов пищеварения, что соотносится с введением эзофагогастродуоденоскопии во 2-й этап диспансеризации, в соответствии с новым порядком проведения диспансеризации взрослого населения (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»). Что касается остальных классов, напрямую не коснувшихся государственных про-

Здоровье и общество

грамм, то в них отмечено снижение уровней заболеваемости.

Исследование продемонстрировало, что показатели заболеваемости в Республике Ингушетия отличаются своим стремительным приростом по отдельным классам болезней. Анализ динамики и структуры первичной заболеваемости населения республики указывает на необходимость принятия стратегических решений путем продолжения реализации и совершенствования целевых программ, направленных на обеспечение доступности и повышение качества оказания медицинской помощи населению (укрепление материально-технической базы, внедрение современных методов диагностики заболеваний, повышение квалификации медицинских работников) [13].

Показатель первичной заболеваемости формируется за счет учета случаев, которые регистрируются при обращении пациентов в медицинские организации. Вследствие этого его уровень также зависит и от процесса организации профилактических осмотров и диспансеризации населения, так как после выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний) в случае необходимости пациента отправляют на дообследование и/или лечение к врачу-специалисту [1, 12, 15, 16]. Поэтому тенденцию к росту показателя первичной заболеваемости в условиях масштабного внедрения массового обследования населения (диспансеризации) следует оценивать как позитивную, поскольку она может свидетельствовать о раннем выявлении патологии и позволяет своевременно начать необходимое лечение [8]. Также следует обратить внимание, что с 2015 г. в заболеваемость, рассчитываемую по форме ФСН № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», входят заболевания, выявленные как при обращении за медицинской помощью, так и при диспансеризации/профилактических осмотрах [16].

Данные по динамике заболеваемости населения, характеризующиеся отрицательными темпами ее прироста, свидетельствуют о снижении доступности медицинской помощи, низкой медицинской и профилактической активности населения и региональных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья. Отрицательные темпы прироста также показывают, что основная цель диспансеризации взрослого населения, направленная на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения РФ, не достигнута [16]. Возможно и искусственное занижение показателей, которое может происходить от давления на процесс формирования статистической информации со стороны руководителей органов управления здравоохранением, от принципов финансирования медицинской деятельности со стороны страховых компаний, нельзя исключить и «человеческий фактор». Большинство этих решений носит организационный характер. Плохо здесь то, что

после подведения итогов объявляются приоритеты развития на следующие периоды и регионы попадают в ловушку своей фантазии, снижая государственное задание по одним нозологиям и повышая сверхмеры по другим [17]. Статистические «уловки» применяются для понижения показателя и приведения его в соответствие с установленными значениями программы/проекта на федеральном и региональном уровнях, что недопустимо, поскольку профилактические программы долгосрочны и результаты их воздействия не скоро дают положительный эффект [18].

Это подтвердилось в настоящем исследовании. Так, помимо того что субъекты РФ можно условно разделить на две группы: 1-ю, имеющую рост заболеваемости, и 2-ю, имеющую убыль, прослеживается еще одна группа субъектов, в которой в 1-м периоде отмечался рост показателей, а во 2-м — снижение практически до уровня начала 1-го периода. К таким субъектам относятся Чеченская Республика, Брянская, Владимирская, Костромская, Курская, Мурманская области.

Выводы

За последние 12 лет наблюдается рост показателей первичной заболеваемости взрослого населения по классам болезней, относящихся к хроническим неинфекционным заболеваниям, на борьбу с которыми направлена профилактическая деятельность первичного звена здравоохранения, — БСК, болезни эндокринной системы, органов дыхания и новообразования.

В период реализации мероприятий национального проекта «Здоровье» (1-й период — 2006—2011 гг.) и Государственной программы «Развитие здравоохранения» (2-й период — 2012—2018 гг.) показатели первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации по классам новообразований (+9% и +2% соответственно) и болезни органов дыхания (+13% и +9% соответственно) имели рост в 1-м и во 2-м периодах, показатели БСК выросли (+28%) только во 2-м периоде, болезни эндокринной системы в 1-м периоде снижались (–13%), а во 2-м повышались (+37%).

Неоднородная разнонаправленная динамика показателей первичной заболеваемости свидетельствует о различиях в организации профилактической деятельности и эффективности реализации государственных программ в субъектах РФ.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Конопацкая О. М. Анализ процесса реализации национального проекта «Здоровье» в 2006—2007 гг. *Проблемы прогнозирования*. 2008;(6):110—22.
2. Шарафанович А. Приглашение к обсуждению. *Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике*. 2008;(3):65—6.
3. Степчук М. А., Пинкус Т. М., Боженко Д. П. Этапы развития первичной медико-санитарной помощи в России. *Актуальные проблемы медицины*. 2012;129(10—1):140—7.

4. Сененко А. Ш., Савченко Е. Д., Сон И. М., Захарченко О. О., Терентьева Д. С., Дзюба Н. А. Результаты диспансеризации 2013—17 гг.: распределение обследованного населения по группам здоровья. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2019;(1):67—90. doi: 10.24411/2312-2935-2019-00005
5. Вишнеvский А. Г., Андреев Е. М., Тимонин С. А. Смертность от болезней системы кровообращения и продолжительность жизни в России. *Демографическое обозрение*. 2016;3(1):6—34.
6. Бегун Д. Н., Морозова Т. А., Сурикова А. В. Болезни системы кровообращения как медико-социальная проблема. *Молодой ученый*. 2019;246(8):25—8.
7. Чазова И. Е., Ощепкова Е. В. Итоги реализации Федеральной целевой программы по профилактике и лечению артериальной гипертензии в России в 2002—2012 гг. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2013;68(2):4—11.
8. Бойцов С. А., Калинина А. М., Ипатов П. В. Диспансеризация взрослого населения как механизм выявления сердечно-сосудистых заболеваний и формирования диспансерного наблюдения. *Вестник Росздравнадзора*. 2015;(5):11—7.
9. Антипова Т. В., Мельник М. В., Нечаева О. Б., Шикина И. Б., Вечорко В. И., Луцева Е. М. Оценка результативности медицинской помощи при онкологических заболеваниях. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2016;47(1):3. doi: 10.21045/2071-5021-2016-47-1-3
10. Александрова Л. М., Старинский В. В., Калинина А. М., Каприн А. Д., Бойцов С. А. Результаты выявления злокачественных новообразований при диспансеризации населения в 2013—2014 гг. *Терапевтический архив*. 2016;88(1):60—6.
11. Дедов И. И., Шестакова М. В., Сунцов Ю. И., Петеркова В. А., Галстян Г. Р., Майоров А. Ю. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007—2012 годы». *Сахарный диабет*. 2013;(2S):2—48.
12. Демичева Т. П., Шилова С. П. Статистический анализ распространенности болезней эндокринной системы в Пермском крае (по различным источникам информации). *Социальные аспекты здоровья населения*. 2016;48(2):3. doi: 10.21045/2071-5021-2016-48-2-3
13. Эльдиев Р. А. Аспекты здоровья населения. Здравоохранение на примере Республики Ингушетии. *Молодой ученый*. 2019;256(18):166—7.
14. Руголь Л. В., Сон И. М., Стародубов В. И., Погонин А. В. Некоторые итоги реформирования здравоохранения. *Социальные аспекты здоровья населения* 2018;64(6):1. doi: 10.21045/2071-5021-2018-64-6-1
15. Власов В. В., Реброва О. Ю. Оценка популяционной эффективности медицинских технологий. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2012;3(9):33—41.
16. Артюхов И. П., Капитонов В. Ф., Сенченко А. Ю., Капитонов Ф. В. Заболеваемость населения в условиях активной диспансеризации. *Сибирское медицинское обозрение*. 2019;(2):110—6. doi: 10.20333/2500136-2019-2-110-116
17. Секриеру Е. М., Моравская С. В., Захарова А. Б. Некоторые особенности формирования статистики госпитальной заболеваемости по данным федеральной отчетности. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2009;11(3):2.
18. Секриеру Е. М. Через статистику я увидел всю медицину, всю систему здравоохранения. *Врач и информационные технологии*. 2009;(1):8—17.
3. Stepchuk M. A., Pinkus T. M., Bozhenko D. P. Stages of development of Primary Health Care in Russia. *Aktual'nyye problemy meditsiny = Challenges in Modern Medicine* 2012;129(10—1):140—7 (in Russian).
4. Senenko A. Sh., Savchenko E. D., Son I. M., Zaharchenko O. O., Terentyeva D. S., Dzyuba N. A. The results of the prophylactic medical examination 2013—17: the distribution in health groups. *Sovremennyye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoy statistiki = Current Problems of Health Care and Medical Statistics*. 2019;(1):67—90. doi: 10.24411/2312-2935-2019-00005 (in Russian).
5. Vishnevsky A. G., Andreev E. M., Timonin S. A. Mortality from cardiovascular diseases and life expectancy in Russia. *Demograficheskoye obozreniye = Demographic Review* 2016;3(1):6—34 (in Russian).
6. Begun D. N., Morozova T. A., Surikova A. V. Diseases of the circulatory system as a medical and social problem. *Molodoy uchenyy*. 2019;246(8):25—8 (in Russian).
7. Chazova I. E., Oschepkova E. V. Results of the Federal (National) Project for prevention and treatment essential hypertension patients in Russia from 2002—2012 years. *Vestnik Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk = Annals of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2013;68(2):4—11 (in Russian).
8. Bojcov S. A., Kalinina A. M., Ipatov P. V. Clinical examination of the adult population as a mechanism of detection of cardiovascular diseases and the formation of dispensary observation. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2015;(5):11—7 (in Russian).
9. Antipova T. V., Melnik M. V., Nechaeva O. B., Shikina I. B., Vechorko V. I., Lutseva E. M. Assessing effectiveness of cancer care. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya = Social Aspects of Population Health*. 2016;47(1):3. doi: 10.21045/2071-5021-2016-47-1-3 (in Russian).
10. Aleksandrova L. M., Starinsky V. V., Kalinina A. M., Kaprin A. D., Bojcov S. A. Results of malignancy detection during prophylactic medical examinations in 2013—2014. *Terapvticheskij archiv*. 2016;88(1):60—6 (in Russian).
11. Dedov I. I., Shestakova M. V., Sunstov Yu. I., Peterkova V. A., Galstyan G. R., Mayorov A. Yu. Federal Targeted Programme «Prevention and management of Socially Significant Diseases (2007—2012)»: Results of the «Diabetes mellitus» sub-programme. *Sakhar'nyy diabet = Diabetes Mellitus*. 2013;(2S):2—48 (in Russian).
12. Demicheva T. P., Shilova S. P. Statistical analysis of endocrine disorders prevalence in Perm Territory (according to various sources of information). *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya = Social Aspects of Population Health*. 2016;48(2):3. doi: 10.21045/2071-5021-2016-48-2-3 (in Russian).
13. El'diev R. A. Aspects of public health. Healthcare on the example of the Republic of Ingushetia. *Molodoy uchenyy*. 2019;256(18):166—7 (in Russian).
14. Rugol L. V., Son I. M., Starodubov V. I., Pogonin A. V. Some results of healthcare reforming. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya = Social Aspects of Population Health*. 2018;64(6):1. doi: 10.21045/2071-5021-2018-64-6-1 (in Russian).
15. Vlassov V. V., Rebrova O. Yu. Criteria for Population Efficacy of Medical Technologies. *Meditsinskiye tekhnologii. Otsenka i vybor = Medical Technologies. Assessment and Choice*. 2012;3(9):33—41 (in Russian).
16. Artyukhov I. P., Kapitonov V. F., Senchenko A. Yu., Kapitonov F. V. Morbidity of population in the conditions of active clinical examination. *Sibirskoye meditsinskoye obozreniye = Siberian Medical Review* 2019;(2):110—6. doi: 10.20333/2500136-2019-2-110-116 (in Russian).
17. Sekriyeru E. M., Moravskaya S. V., Zakharova A. B. Some features of formation of statistical data on hospital morbidity using the federal reporting data. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya = Social Aspects of Population Health* 2009;11(3):2 (in Russian).
18. Sekriyeru E. M. Through statistics, I saw the entire medicine, the entire health care system. *Vrach i informatsionnyye tekhnologii = Information Technologies for the Physician* 2009;(1):8—17 (in Russian).

Поступила 12.06.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Konopatskaya O. M. Analysis of the implementation process of the National project «Health» in 2006—2007. *Problemy prognozirovaniya*. 2008;(6):110—22 (in Russian).
2. Sharafanovich A. Invitation to a discussion. *Remedium. The Journal Highlights the Pharmaceutical and Medical Device Markets*. 2008;(3):65—6 (in Russian).

Багаева А. М.¹, Нашхоев М. Р.², Мадьянова В. В.¹, Тоскин И. А.¹

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДХОДОВ К МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСОРИАЗОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА

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

²Республиканский кожно-венерологический диспансер, 364061, г. Грозный

Псориаз является хроническим воспалительным дерматозом, сопровождающимся тяжелым поражением кожи и опорно-двигательного аппарата, а также функциональными поражениями других органов и систем. Данные эпидемиологических исследований распространенности псориаза и заболеваемости им в мире на сегодняшний день сильно различаются. В статье проведена сравнительная характеристика подходов к мониторингу и оценке заболеваемости псориазом в Российской Федерации и в странах Европейского региона. Выявлены различия: отсутствие показателей, оценивающих качество жизни больных с псориазом, а также отсутствие специальных эпидемиологических популяционных исследований в отечественной системе мониторинга и оценки.

Ключевые слова: псориаз; распространенность; заболеваемость; качество жизни; трудоспособность; социально-экономические показатели; мониторинг; оценка.

Для цитирования: Багаева А. М., Нашхоев М. Р., Мадьянова В. В., Тоскин И. А. Сравнительная характеристика подходов к мониторингу и оценке заболеваемости псориазом в Российской Федерации и странах Европейского региона. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):59—65. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-59-65>

Для корреспонденции: Багаева Аминат Мовлдыевна, аспирант Высшей школы управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением: dr.khadzhaeva@gmail.com

Bagaeva A. M.¹, Nashkhoev M. R.², Madyanova V. V.¹, Toskin I. A.¹

THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF APPROACHES TO MONITORING AND EVALUATION OF MORBIDITY OF PSORIASIS IN THE RUSSIAN FEDERATION AND THE COUNTRIES OF THE EUROPEAN REGION

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

²The Republican Dermatovenerology Dispensary, 364061, Grozny, Russia

The psoriasis is chronic inflammatory dermatitis that is accompanied by severe damage of skin and musculoskeletal system and affects functions of other organs and systems. The epidemiological data concerning prevalence and morbidity of psoriasis all over the world varies significantly. The article presents comparative characteristic of approaches to monitoring and evaluation of psoriasis morbidity in the Russian Federation and in the countries of the European region. The differences were revealed such as absence both of indices to evaluate quality of life of patients with psoriasis and specific population epidemiological studies in national system of monitoring and evaluation of the Russian Federation.

Keywords: psoriasis; prevalence; morbidity; quality of life; working ability; social economic indicator; monitoring; evaluation.

For citation: Bagaeva A. M., Nashkhoev M. R., Madyanova V. V., Toskin I. A. The comparative characteristic of approaches to monitoring and evaluation of morbidity of psoriasis in the Russian Federation and the countries of the European region. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):59—65 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-59-65>

For correspondence: Bagaeva A. M., the post-graduate student of the Higher School of Health Care Management of the Institute of Leadership and Health Care Management of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University». e-mail: dr.khadzhaeva@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 10.07.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Псориаз является одним из наиболее распространенных заболеваний кожи. В мире насчитывается около 125 млн пациентов с псориазом [1]. В последнее время все больше исследователей говорят о псориазе как о системной «псориатической болезни» с доминирующими проявлениями на коже [2]. Одной из наиболее тяжелых форм псориаза является псориатический артрит (ПсА), или артропатический псориаз. Частота встречаемости ПсА в популяции больных псориазом составляет 30—40%

[3]. Псориаз сопровождается снижением качества жизни больных как в результате прогрессирующего поражения костно-суставного аппарата, так и вследствие распространенного поражения кожи. По влиянию на качество жизни (КЖ), обусловленное состоянием здоровья, псориаз сопоставим с другими неинфекционными заболеваниями. В зависимости от степени тяжести и локализации поражений больные могут испытывать значительный физический дискомфорт или утрачивать трудоспособность. Исследования показали: независимо от тяжести псориаза почти 60% больных считают, что дан-

ное заболевание значительно снижает качество их жизни. Многие пациенты испытывают смущение, депрессию и страдают от социальной стигматизации [4].

В последнее время исследователи указывают на серьезные сопутствующие заболевания или состояния у больных псориазом, среди которых наиболее важны метаболический синдром, сахарный диабет, инсулинорезистентность, ожирение, гиперлипидемия, болезнь Крона, лимфома, кардиопатология и рак [5—17]. Пациенты с тяжелыми формами псориаза подвержены повышенному риску развития кардиоваскулярной патологии, преимущественно в варианте инфаркта миокарда и гипертензии.

Все это снижает продолжительность жизни больных псориазом и ПсА в среднем на 5—7 лет по сравнению с общей популяцией [18]. Более того, это увеличивает финансовые затраты при тяжелом течении болезни, а также при необходимости обращения за высокотехнологичной медицинской помощью [19].

По данным доклада Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), псориаз распространен среди населения всех стран мира [20]. Данные о распространенности псориаза в мире, полученные в результате эпидемиологических исследований, в настоящее время сильно различаются. В последние годы отмечается рост заболеваемости псориазом, увеличение числа тяжелых, атипичных форм, плохо поддающихся терапии, и рост заболеваемости у детей и подростков [20]. Самые высокие показатели заболеваемости и распространенности псориаза в Российской Федерации наблюдаются в возрастной группе детей 15—17 лет [21].

Заболеваемость псориазом в России характеризуется выраженным региональным различием и своеобразием, наличием полюсных групп с наиболее высокими и низкими показателями заболеваемости, ситуация в которых требует проведения более углубленных исследований с целью выявить факторы, вызывающие рост заболеваемости или способствующие ее сокращению.

Цель исследования — проанализировать подходы к мониторингу и оценке заболеваемости псориазом в Российской Федерации (РФ) и в странах Европейского региона (ЕР).

Материалы и методы

При написании статьи использован метод кабинетного исследования, в ходе которого проводился обзор литературы по теме данной статьи. Была изучена и обобщена информация из научной литературы, посвященной изучению подходов к мониторингу и оценке заболеваемости псориазом в РФ и странах ЕР, опубликованных отчетов по заболеваемости псориазом, в том числе по другим дерматологическим заболеваниям, и данных Федеральной службы государственной статистики РФ.

Поиск литературы проводился в специализированных базах данных опубликованной научной литературы PubMed, e-library, Cochrane Library, а также в поисковых системах Google и Yandex. Первоначальная стратегия поиска была построена для PubMed и адаптирована к другим базам данных. В поисковых запросах использовались следующие ключевые слова и их комбинации: «psoriasis», «prevalence», «incidence», «studies», «skin», «diseases», «population-based», «distribution». Кроме того, были просмотрены списки связанных статей включенных записей из поиска PubMed. Списки литературы проверялись вручную, критериями включения были популяционные исследования, проведенные в странах ЕР.

В пригодных для обзора исследованиях выполнялся сбор следующих характеристик: дата/период исследования, демографические характеристики участников, объем выборки в группах, метод исследования и полученные результаты (показатель заболеваемости псориазом по полу и возрасту).

Результаты исследования

Обзор опубликованной литературы выявил 30 полных статей и докладов, оценивающих уровень распространенности псориаза в 11 странах и характеризующих систему мониторинга и оценки заболеваемости псориазом (см. таблицу). Одно из таких исследований выявило, что среди 511 532 опрошенных в Италии в период 2001—2005 гг. заболеваемость псориазом составила 2,30—3,21 нового случая на 1 тыс. человек в год [22]. Относительно больше исследований было посвящено изучению распространенности псориаза. Однако данные, которые они содержат, очень трудно сравнивать из-за значительных методологических различий в проведенных исследованиях.

Исследования по распространенности псориаза в странах ЕР

Авторы	Год	Страна	Метод	Количество, абс. ед.	Показатель, %	Женщины, %	Мужчины, %	Возраст, годы
Augustin M., Glaeske G., Radtke M., Christophers E., Reich K., Schaefer I.	2005	Германия	Анализ государственной статистики	306 020	0,71	0,76	0,66	<18
Matusiewicz D., Koerber A., Schadendorf D., Wasem J., Neumann A.	2007		Анализ государственной статистики	1 215 684	0,4	0,44	0,35	<18
Reich K., Christophers E., Kampfe S., Augustin M., Schäfer I., Glaeske G., Schick Tanz C., Radtke M. Schmitt J., Apfelbacher C.	2009		Анализ государственной статистики	293 181	0,45	Н/д	Н/д	<18
Cantarutti A., Donà D., Visentin F., Borgia E., Sca-	Н/д		Неизвестно	16 500	1,37	Н/д	Н/д	0—17
marcia A., Cantarutti L.	2006	Италия	Анализ государственной статистики	145 233	0,09	Н/д	Н/д	0—14
Larsson P. A., Lidén S.	2012		Неизвестно	145 233	0,2	Н/д	Н/д	
	1975—1976	Швеция	Неизвестно	8 298	0,3	0,5	0—10	12—17

Здоровье и общество

Продолжение

Авторы	Год	Страна	Метод	Количество, абс. ед.	Показатель, %	Женщины, %	Мужчины, %	Возраст, годы
Barisic-Drusko V., Paljan D., Kansky A., Vujasinovic S.	1987	Хорватия	Неизвестно	6 711	1,21	Н/д	Н/д	>18
Brandrup F., Green A.	1978	Дания	Самоотчет (заполнение пациентом опросника)	3 892	3,73	3,29	4,18	16—99
Wolkenstein P., Revuz J., Roujeau J. C., Bonnellye G., Grob J. J., Bastuji-Garin S.	2005	Франция	Самоотчет	6 887	5,17	Н/д	Н/д	≥15
Augustin M., Herberger K., Hintzen S., Heigel H., Franzke N., Schäfer I.	2004—2009	Германия	Скрининг	90 880	2,03	1,78	2,24	16—70
Schaefer I., Rustenbach S. J., Zimmer L., Augustin M.	2001—2005		Скрининг	48 665	2,1	1,9	2,3	16—70
Naldi L., Colombo P., Placchesi E. B., Piccitto R., Chatenoud L., La Vecchia C.	2003	Италия	Самоотчет / клинические испытания	3 660	3,1	Н/д	Н/д	≥45
Danielsen K., Olsen A. O., Wilsgaard T., Furberg A. S.	2008	Норвегия	Самоотчет	10 302	11,43	10,8	12,1	20—79
Kavli G., Forde O. H., Arnesen E., Stenvold S. E.	1979—1980		Скрининг	14 667	4,82	4,85	4,79	20—54
Bø K., Thoresen M., Dalgard F.	2000—2001		Самоотчет	18 747	6,1	Н/д	Н/д	30—75
Olsen A. O., Grjibovski A., Magnus P., Tambs K., Harris J. R.	1998		Самоотчет	8 045	4,2	Н/д	Н/д	19—31
Lindberg M., Isacson D., Binglefors K.	2004—2005	Швеция	Самоотчет	4 875	3,9	Н/д	Н/д	18—84
O'Neill P., Kelly P.	1981—1991	Великобритания	Самоотчет	58 257	1,3	Н/д	Н/д	18—64
Lomholt G.	1947—1948	Дания, Фарерские острова	Неизвестно	10 984	2,84	Н/д	Н/д	Все возрасты
Schaefer I., Rustenbach S., Radtke M., Augustin J., Glaeske G., Augustin M.	2005	Германия	Анализ государственной статистики	1 344 071	2,53	2,57	2,79	
Schlander M., Schwarz O., Viapiano M., Bonauer N.	2003		Анализ государственной статистики	2 238 000	2	Н/д	Н/д	
Saraceno R., Mannheimer R., Chimenti S.	2006	Италия	Самоотчет	4 109	2,9	Н/д	Н/д	
Braathen L. R., Botten G., Bjerkedal T.	1985	Норвегия	Национальный опрос здоровья, проводимый центральным бюро статистики	10 576	1,41	1,45	1,37	
Falk E. S., Vandbakk O.	1991		Анализ медицинской документации в местном медицинском центре Kautokeino	2 508	1,4	Н/д	Н/д	
Falk E. S., Vandbakk O.	1991		Неизвестно	442	1,1	Н/д	Н/д	
Borzęcki A., Dudra-Jastrzębska M., Sajdak-Wojtaluk A.	2005—2009	Польша	Анализ государственной статистики	2 161 832	1,45	1,46	1,43	
Massa A., Alves R., Amado J., Matos E., Sanches M., Selores M.	1994	Португалия	Самоотчет / клинические данные	1 037	1,9	Н/д	Н/д	
Ferrándiz C., Bordas X., García-Patos V., Puig S., Pujol R., Smandfa A.	1998	Испания	Проводилось исследование путем случайной выборки (12 938 человек из 4027 домашних хозяйств), репрезентативная для населения в целом, ставшей основой для поперечного исследования с помощью телефонных звонков с целью опроса обученными интервьюерами, не являющимися медработниками, с использованием специального опросника	12 938	1,43	1,4	1,46	
Ferrándiz C., Carrascosa J. M., Toro M.	2013		Самоотчет	12 711	2,31	1,9	2,7	
Lofvendahl S., Theander E., Svensson A., Englund M., Turkiewicz A., Petersson I.	2001—2007	Швеция	Анализ государственной статистики	Н/д	1,35	Н/д	Н/д	
Lofvendahl S., Theander E., Svensson A., Englund M., Turkiewicz A., Petersson I.	1998—2010		Неизвестно	Н/д	1,95	Н/д	Н/д	
Seminara N. M., Abuabara K., Shin D. B., Langan S. M., Kimmel S. E., Margolis D.	2009	Великобритания	Трехэтапное исследование, включающее поперечное исследование, физический осмотр и анализ медицинской документации	7 520 293	1,87	1,9	1,8	
Nevitt G. J., Hutchinson P. E.	1996		Почтовая анкета и физический осмотр	4 390	1,71	Н/д	Н/д	
Gelfand J. M., Weinstein R., Porter S. B., Neimann A. L., Berlin J. A., Margolis D. J.	1987—2002		Анализ базы данных исследований общей практики (General Practice Research Database, GPRD) — база данных, созданная с целью проводить крупные эпидемиологические исследования. Включает в себя 5 % населения Великобритании, которые в целом характеризуют общее население относительно возраста, пола и местонахождения	7 533 475	1,52	Н/д	Н/д	
Kay L., Parry-James J., Walker D.	1999		Самоотчет и физический осмотр	29 348	2,6	Н/д	Н/д	

Продолжение

Авторы	Год	Страна	Метод	Количество, абс. ед.	Показатель, %	Женщины, %	Мужчины, %	Возраст, годы
Gillard S. E., Finlay A. Y.	2002—2003		Анализ базы данных первичной медицинской помощи, DIN-LINK (Doctors Independent Network)	789 335	0,8	Н/д	Н/д	
Simpson C. R., Anderson W. J.A., Helms P. J., Taylor M. W., Watson L., Prescott G. J.	1999		Анализ государственной статистики	252 538	0,73	Н/д	Н/д	

Примечание. Н/д — нет данных.

Истинная заболеваемость в любой стране практически всегда отличается от ее регистрируемого значения. Данная разница порой существенна и зависит прежде всего от эффективности выявления больных псориазом, а также организации системы эпидемиологического надзора, которая неодинакова не только в разных странах, но даже в отдельных регионах внутри каждой из них.

Исследования показали, что в зависимости от региона и возрастной группы распространенность псориаза среди детей варьирует от 0,09% в Италии до 0,71% в Германии, среди взрослого населения — от 1,21% в Хорватии до 11,4% в Норвегии [23]. G. K. Steigleder выделил два пика заболеваемости: для мужчин — 27,5 и 54,5 года; для женщин — 15,5 и 54,5 года. В первом случае большое значение имеет наследственная предрасположенность, а во втором — экзогенные факторы. Большинство лиц заболевают до 30-летнего возраста: до 10 лет — 11,6%, до 20 лет — 46%, до 30 лет — 61,6% [24].

В 2007 г. в Германии было проведено исследование распространенности псориаза среди детей [25]. По данным страховой медицинской организации, среди 1,3 млн детей в возрасте до 18 лет распространенность псориаза составила 0,4%. Слабая корреляция наблюдается между географической широтой и распространенностью псориаза [26]. Чаще всего псориаз встречается в популяциях Северной Европы [27, 28] и Восточной Азии [29—37]. Некоторые исследования показали этнические различия в распространенности псориаза [38].

Псориаз в равной степени распространен среди мужчин и женщин [39]. Однако некоторые исследования показали, что он чаще встречается у мужчин. Этот вопрос требует дальнейшего изучения, в частности дифференциации генетических и поведенческих факторов.

Глобальное исследование по изучению бремени болезней, проведенное в Германии в 2010 г., оценило степень инвалидности или потери здоровья вследствие различных заболеваний, в том числе псориаза. Одним из показателей, используемых для этого измерения, является эквивалент потери одного года здоровой жизни — Disability-adjusted life year (DALY) [40]. Глобальное среднее значение DALY для псориаза за 2010 г. оценивалось в 1 050 660 потерянных лет здоровой жизни, что вдвое больше, чем для острого гепатита С [20]. Результат оценки глобального бре-

мени заболеваний по псориазу для отдельных стран представлен в материалах ВОЗ [20].

Существует единое мнение разных авторов, что псориаз приводит к ухудшению КЖ, связанного со здоровьем, — Health-related quality of life (HRQOL). Кроме того, почти во всех клинических исследованиях данный показатель улучшился в результате эффективной терапии [41]. HRQOL также связан с удовлетворенностью пациента проведенной терапией [42].

Распространенность болезней кожи и подкожной клетчатки в РФ довольно высока. В 2017 г. в РФ зарегистрировано 346 978 случаев псориаза, соответствующий показатель распространенности составил 236,4 на 100 тыс. населения. Заболеваемость псориазом в 2017 г. составила 64,6 на 100 тыс. населения. За период 2010—2017 гг. распространенность заболевания составляла около 225 случаев на 100 тыс. населения.

На протяжении 2010—2015 гг. прослеживалась тенденция к снижению заболеваемости населения псориазом (с 69,8 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 62,8 в 2015 г.).

Самые высокие показатели заболеваемости псориазом и его распространенности в РФ наблюдают в возрастной группе детей 15—17 лет. В 2017 г. распространенность псориаза среди этой группы населения составила 326,0 (самый высокий уровень за последние годы), а заболеваемость им — 98,6 случаев на 100 тыс. соответствующего населения. Аналогичные показатели среди населения в возрасте 18 лет и старше составили 268,6 и 72 на 100 тыс. населения соответственно. Самые низкие показатели распространенности псориаза и заболеваемости им регистрируют среди детей в возрасте 0—14 лет, в 2017 г. они составили 74,5 и 25,3 на 100 тыс. населения соответствующего возраста соответственно.

Снижение заболеваемости среди детей 0—14 лет составило 9% (на 100 тыс. детского населения в 2010 г. — 27,9, в 2017 г. — 25,3 случая), среди детей 15—17 лет — 22% (в 2010 г. — 127,2, в 2017 г. — 98,6 на 100 тыс. детского населения).

В 2017 г. разброс показателей распространенности псориаза среди населения федеральных округов (ФО) РФ составил от 184,3 в Южном ФО до 319,5 в Дальневосточном ФО (на 100 тыс. населения).

Минимальные и максимальные показатели распространенности псориаза в возрастной группе 15—

Здоровье и общество

17 лет в 2017 г. зарегистрированы в тех же ФО, что и для всего населения. Распространенность псориаза была наименьшей в Южном (178,7), наибольшей — в Дальневосточном ФО (478,8 на 100 тыс. соответствующего населения). При этом минимальный показатель распространенности псориаза среди субъектов РФ зарегистрирован в Северо-Кавказском ФО: минимальный показатель распространенности псориаза среди детей 15—17 лет составил 37 случаев на 100 тыс. соответствующего населения и зарегистрирован в Чеченской Республике, а максимальный — 1032,3 на 100 тыс. соответствующего населения в Алтайском крае Сибирского ФО.

Под диспансерным наблюдением в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «дерматовенерология», на конец отчетного года состояли 58% больных псориазом (2016 г. — 57%).

В 2016 г. в РФ заболеваемость ПсА всего населения находилась на уровне 2,41 на 100 тыс. населения, или 3,7% от всех зарегистрированных случаев псориаза. Показатели распространенности и заболеваемости ПсА среди детей, подростков и взрослых в РФ отличаются разнородностью.

Обсуждение

Сравнительный анализ подходов к оценке и мониторингу заболеваемости псориазом в разных странах продемонстрировал значительные различия в организации выявления больных и установления диагноза псориаза.

Различие в дефинициях затрудняет проведение сравнительного анализа между разными странами и отдельными регионами отдельно взятой страны.

Исследования о влиянии псориаза на КЖ существенно различаются с точки зрения методологии, по этой причине не представляется возможным сравнить их. Оценка КЖ проводится с использованием различных шкал и данных, полученных с помощью разнообразных инструментов (например, самостоятельное анкетирование, телефонные интервью, заполнение врачом опросников).

В РФ с 2009 г. были введены новые статистические формы учета заболеваний по распространенным дерматозам (Приказ Росстата от 29.07.2009 № 154 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения», ред. от 29.12.2011). Это позволило получить достоверную информацию и оценивать состояние эпидемиологической ситуации по наиболее значимым медико-социальным заболеваниям кожи в РФ.

В настоящий момент в РФ основными методами системы оценки и мониторинга псориаза являются исключительно **количественные показатели**: распространенность, заболеваемость, инвалидность. Непрямым методом оценки и мониторинга псориаза могут послужить данные по использованию коечно фонда дерматовенерологического стационара.

Падение статистических показателей заболеваемости подростков в 2015 г. в РФ может указывать на недостаточный статистический учет ПсА в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), поскольку часто ПсА регистрируется у детей как ювенильный идиопатический артрит и ювенильный ревматоидный артрит, а у взрослого населения — как ревматоидный артрит с псориазом. В отчетах медицинской статистики учитывается именно МКБ-10. Кроме того, высокие значения по заболеваемости ПсА представлены в Северо-Кавказском ФО, что может говорить о склонности населения к данному заболеванию либо неверной диагностике, что требует подробного изучения.

Важную роль в обеспечении населения качественной и доступной медицинской помощью играет обеспечение больных псориазом врачами-дерматологами, наличием учреждений дерматовенерологического профиля и охватом этих больных диспансерным наблюдением.

Обращает на себя внимание разрыв показателей между заболеваемостью подростков и взрослого населения в РФ, что может свидетельствовать о слабых организационных механизмах оказания дерматологической помощи и недостаточной преемственности в лечении пациентов с псориазом.

Заключение

В результате сравнительной характеристики подходов к оценке и мониторингу заболеваемости псориазом в РФ и странах ЕР были выявлены различия, одно из которых заключается в отсутствии в отечественной системе показателей, оценивающих КЖ больных псориазом, таких как DALY, HRQOL. Еще один отличительный момент заключается в том, что в странах ЕР существует практика проведения выборочных эпидемиологических популяционных исследований.

Для решения данных проблем необходимо использовать стандартные инструменты оценки тяжести псориаза и влияния заболевания на КЖ. Важно, чтобы экспертное медицинское сообщество РФ достигло консенсуса по использованию стандартизированной классификации псориаза и единых инструментов для его оценки, что включает в себя разработку стандартных критериев и принципов диагностики псориаза, которые были разработаны в ряде стран, например в Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии [41].

Вызывает интерес рекордно высокий уровень заболеваемости ПсА в Северо-Кавказском ФО, который в несколько раз превышает общероссийский показатель и составлял в 2017 г. 12,35 случая на 100 тыс. населения. Для анализа факторов, влияющих на динамику заболеваемости псориазом и ПсА, необходимо проводить выборочные популяционные исследования в группах с самыми высокими и низкими показателями и темпами прироста. Данные исследования необходимо также контролировать и обеспечивать обратную связь в отношении мер, принятых для

улучшения качества медицинской помощи, и исследовать эффективность лечения.

ВОЗ в мае 2019 г. представила МКБ-11. Ключевым принципом данного пересмотра было упрощение структуры кодов и электронного инструментария. Новая версия имеет электронный формат, который позволит регистрировать больше параметров и значительно упростит ее использование и внедрение, что должно способствовать уменьшению числа ошибок и снижению расходов, а также повышению доступности этого инструмента.

Синхронизация системы мониторинга и оценки заболеваемости псориазом с МКБ-11 может стать первым шагом на пути совершенствования данного компонента системы оказания специализированной дерматологической помощи населению РФ.

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

ЛИТЕРАТУРА

- International Federation of Psoriasis Associations (IFPA) World Psoriasis Day website. Режим доступа: <https://ifpa-pso.com/our-actions/world-psoriasis-day>
- Скрипкин Ю. К. Кожные и венерические болезни. М.: Тридафарм; 2001. С. 361—73.
- Знаменская Л. Ф. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2012;(5):20—9.
- Palota T., Szepietowski J. C., Pec J. A survey of disease severity, quality of life, and treatment patterns of biologically naive patients with psoriasis in central and eastern Europe. *Acta Dermatovenereol. Croat*. 2010;18:151—61.
- Мордовцев В. Н., Сергеев А. С., Алиева П. М., Кошечкин В. А. Ассоциация псориаза с гиперлиппротеинемией, мозговым инсультом, ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда и сахарным диабетом. *Вестник дерматологии*. 1982;(9):4—8.
- Янышева А. В. Метаболические нарушения при псориазическом артрите. *Сибирский медицинский журнал*. 2009;(2):25—8.
- DCCT Research Group Reliability and validity of a diabetes quality of life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). *Diabetes Care*. 1998;11:725—32.
- Michelson H., Bolund C., Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQOL) irrespective of age. *Qual. Life Res*. 2000;9:1093—104.
- Starfield B., Lemke K. W., Bernhardt T. Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in Case Management. *Ann. Fam. Med*. 2003;1(1):8—14.
- Sommer D. M., Jenisch S., Suchan M., Christophers E. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Arch. Dermatol. Res*. 2006;298(7):321—8.
- Van Weel C., Schellevis F. G. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet*. 2006;367:550—1.
- Shapiro J., Cohen A. D., David M., Hodak E. The association between psoriasis, diabetes mellitus, and atherosclerosis in Israel: a case control study. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2007;56 (4):629—34.
- Gottlieb A. B., Chao C., Dann F. Psoriasis comorbidities. *J. Dermatol. Treat*. 2008;19(1):5—21.
- Guenther L., Gulliver W. Psoriasis comorbidities. *J. Cutan Med. Surg*. 2009;13(2):77—87.
- Aurangabadkar S. J. Comorbidities in psoriasis. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol*. 2013;79(7):10—7.
- Yeung H., Takeshita J., Mehta N. N. Psoriasis severity and the prevalence of major medical comorbidity: a population-based study. *JAMA Dermatol*. 2013;149(10):1173—9.
- Cardiovascular psoriasis comorbidities, treatment with atorvastatin. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2014;70(1):165—75.
- Мишина О. С. Заболеваемость псориазическим артритом в России: тенденции на современном этапе и перспективы. *Научно-практическая ревматология*. 2015;53(3):18—21
- Ермошина Е. А., Сонин Д. Б. Анализ заболеваемости дерматозами с временной утратой трудоспособности в амбулаторно-поликлинических условиях. 3-й Всероссийский конгресс дерматовенерологов. М.; 2009.
- WHO. World psoriasis day — document EB133.R2, agenda item 6.2. May 30,2013. Режим доступа: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB133/B133_R2-en.pdf; Global report on psoriasis. 2016. Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf (дата обращения 02.04.2018).
- Данные Федеральной службы государственной статистики РФ. Режим доступа: www.gks.ru
- Vena G. A., Altomare G., Ayala F., Berardesca E., Calzavara-Pinton P., Chimenti S. Incidence of psoriasis and association with comorbidities in Italy: a 5-year observational study from a national primary care database. *Eur J. Dermatol*. 2010;20(5):593—8.
- Parisi R. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J. Investigat. Dermatol*. 2013;133(2):377—85.
- Каверина Е. В., Фомина А. В., Репина Е. Ю. Оценка оказания медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями кожи и подкожной клетчатки: Методические рекомендации. М.: РУДН; 2016. 22 с.
- Augustin M., Glaeske G., Radtke M., Christophers E., Reich K., Schaefer I. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br. J. Dermatol*. 2010;162:633—6.
- Jacobson C. C., Kumar S., Kimball A. B. Latitude and psoriasis prevalence. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2011;65(4):870—3.
- Danielsen K., Olsen A. O., Wilsgaard T., Furberg A. S. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort. *Br. J. Dermatol*. 2013;168:1303—10.
- Bø K., Thoresen M., Dalgard F. Smokers report more psoriasis, but not atopic dermatitis or hand eczema: results from a Norwegian population survey among adults. *Dermatol. Basel Switz*. 2008;216(1):40—5.
- Shao C. G., Zhang G. W., Wang G. C. Distribution of psoriasis in China: a nationwide screening. *Proc. Chin. Acad. Med. Sci. Peking Union Med. Coll*. 1987;2(2):59—65.
- Chen G.-Y., Cheng Y.-W., Wang C.-Y., Hsu T.-J., Hsu M. M.-L., Yang P.-T. Prevalence of skin diseases among schoolchildren in Magong, Penghu, Taiwan: a community-based clinical survey. *J. Formos Med. Assoc*. 2008;107(1):21—9.
- Yang Y.-C., Cheng Y.-W., Lai C.-S., Chen W. Prevalence of childhood acne, epheles, warts, atopic dermatitis, psoriasis, alopecia areata and keloid in Kaohsiung County, Taiwan: a community-based clinical survey. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*. 2007;21(5):643—9.
- Li M.-J., Wang P., Wu W.-W., Fu L., Cai M., Chen M.-X. An epidemiological survey of psoriasis in 18 cities in Hainan province of China. *J. Dermatol*. 2012;39(Suppl. 1):243—4.
- Chang Y.-T., Chen T.-J., Liu P.-C., Chen Y.-C., Chen Y.-J., Huang Y.-L. Epidemiological study of psoriasis in the national health insurance database in Taiwan. *Acta Derm. Venereol*. 2009;89(3):262—6.
- Yip S. Y. The prevalence of psoriasis in the Mongoloid race. *J. Am. Acad. Dermatol*. 1984;10(6):965—8.
- Ding X., Wang T., Shen Y., Wang X., Zhou C., Tian S. Prevalence of psoriasis in China: a population-based study in six cities. *Eur. J. Dermatol*. 2012;22(5):663—7.
- Wang R., Cao L., Zhou C., Zhang J. Prevalence of 15 skin diseases in adolescents from Liangshan prefecture in Sichuan Province. *Chin. J. Dermatol*. 2012;45(4):270—2.
- Kubota K., Kamijima Y., Sato T., Ooba N., Koide D., Iizuka H. Epidemiology of psoriasis and palmoplantar pustulosis: a nationwide study using the Japanese national claims database. *BMJ Open*. 2015;5(1):e006450.
- Stern R. S., Nijsten T., Feldman S. R., Margolis D. J., Rolstad T. Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction. *J. Investig. Dermatol. Symp. Proc*. 2004;9(2):136—9.
- Boehncke W.-H., Schon M. P. Psoriasis. *Lancet*. 2015;386(9997):983—94.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2010: Results by Cause 1990—2010. Seattle: IHME; 2012.
- Prins M., Krabbe P. F. M., Swinkels Q. O. J., de Boo T., van de Kerkhof P. C. M., van der Valk P. G. M. The effect of treatment on quality of life in psoriasis patients. *Acta Derm. Venereol*. 2005;85(4):304—10.
- Renzi C., Picardi A., Abeni D., Agostini E., Baliva G., Pasquini P. Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance. *Arch. Dermatol*. 2002;138(3):337—42.

REFERENCES

1. International Federation of Psoriasis Associations (IFPA) World Psoriasis Day website. Available at: <https://ifpa-pso.com/our-actions/world-psoriasis-day>
2. Skripkin Yu. K. Skin and venereal diseases [*Kozhnyye i venericheskiye bolezni*]. Moscow: Triad-Farm; 2001. P. 361—73 (in Russian).
3. Znamenskaya L. F. Incidence and prevalence of psoriasis in the Russian Federation. *Vestnik dermatologii i venerologii = Bulletin of Dermatology and Venereology*. 2012;(5):20—9 (in Russian).
4. Palota T., Szepietowski J. C., Pec J. A survey of disease severity, quality of life, and treatment patterns of biologically naive patients with psoriasis in central and eastern Europe. *Acta Dermatovenerol. Croat*. 2010;18:151—61.
5. Mordovtsev V. N., Sergeev A. S., Alieva P. M., Koshechkin V. A. The association of psoriasis with hyperlipoproteinemia, cerebral stroke, coronary heart disease, myocardial infarction and diabetes mellitus. *Vestnik dermatologii = Bulletin of Dermatology*. 1982;(9):4—8 (in Russian).
6. Yanyшева A. V. Metabolic disorders in psoriatic arthritis. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal = Siberian Medical Magazine*. 2009;(2):25—8 (in Russian).
7. DCCT Research Group Reliability and validity of a diabetes quality of life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). *Diabetes Care*. 1998;11:725—32.
8. Michelson H., Bolund C., Brandberg Y. Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQOL) irrespective of age. *Qual. Life Res*. 2000;9:1093—104.
9. Starfield B., Lemke K. W., Bernhardt T. Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in Case Management. *Ann. Fam. Med*. 2003;1(1):8—14.
10. Sommer D. M., Jenisch S., Suchan M., Christophers E. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Arch. Dermatol. Res*. 2006;298(7):321—8.
11. Van Weel C., Schellevis F. G. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet*. 2006;367:550—1.
12. Shapiro J., Cohen A. D., David M., Hodak E. The association between psoriasis, diabetes mellitus, and atherosclerosis in Israel: a case control study. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2007;56 (4):629—34.
13. Gottlieb A. B., Chao C., Dann F. Psoriasis comorbidities. *J. Dermatol. Treat*. 2008;19(1):5—21.
14. Guenther L., Gulliver W. Psoriasis comorbidities. *J. Cutan Med. Surg*. 2009;13(2):77—87.
15. Aurangabadkar S. J. Comorbidities in psoriasis. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol*. 2013;79(7):10—7.
16. Yeung H., Takeshita J., Mehta N. N. Psoriasis severity and the prevalence of major medical comorbidity: a population-based study. *JAMA Dermatol*. 2013;149(10):1173—9.
17. Cardiovascular psoriasis comorbidities, treatment with atorvastatin. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2014;70(1):165—75.
18. Mishina O. S. Incidence of psoriatic arthritis in Russia: current trends and prospects. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2015;53(3):18—21 (in Russian).
19. Ermoshina E. A., Sonin D. B. Analysis of the incidence of dermatoses with temporary disability in out-patient polyclinic conditions. 3rd All-Russian Congress of Dermatovenerologists [*Analiz zabolevayemosti dermatozami s vremennoy utratoy trudosposobnosti v ambulatorno-poliklinicheskikh usloviyakh. 3-y Vserossiyskiy kongress dermatovenerologov*]. Moscow; 2009 (in Russian).
20. WHO. World psoriasis day — document EB133.R2, agenda item 6.2. May 30, 2013. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB133/B133_R2-en.pdf; World Health Organization. Global report on psoriasis. 2016. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204417/1/9789241565189_eng.pdf (accessed April 2, 2018).
21. Data from the Federal State Statistics Service of the Russian Federation [*Dannyye Federal'noy sluzhby gosudarstvennoy statistiki RF*]. Available at: www.gks.ru (in Russian).
22. Vena G. A., Altomare G., Ayala F., Berardesca E., Calzavara-Pinton P., Chimenti S. Incidence of psoriasis and association with comorbidities in Italy: a 5-year observational study from a national primary care database. *Eur J. Dermatol*. 2010;20(5):593—8.
23. Parisi R. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J. Investigat. Dermatol*. 2013;133(2):377—85.
24. Kaverina E. V., Fomina A. V., Repina E. Yu. Evaluation of the provision of medical care to patients with chronic skin and subcutaneous tissue diseases: methodological recommendations [*Otsenka okazaniya meditsinskoy pomoshchi patsiyentam s khronicheskimi zabolevaniyami kozhi i podkozhnoy kletchatki: Metodicheskiye rekomendatsii*]. Moscow: Peoples' Friendship University of Russia; 2016. 22 p. (in Russian).
25. Augustin M., Glaeske G., Radtke M., Christophers E., Reich K., Schaefer I. Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children. *Br. J. Dermatol*. 2010;162:633—6.
26. Jacobson C. C., Kumar S., Kimball A. B. Latitude and psoriasis prevalence. *J. Am. Acad. Dermatol*. 2011;65(4):870—3.
27. Danielsen K., Olsen A. O., Wilsgaard T., Furberg A. S. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort. *Br. J. Dermatol*. 2013;168:1303—10.
28. Bø K., Thoresen M., Dalgard F. Smokers report more psoriasis, but not atopic dermatitis or hand eczema: results from a Norwegian population survey among adults. *Dermatol. Basel Switz*. 2008;216(1):40—5.
29. Shao C. G., Zhang G. W., Wang G. C. Distribution of psoriasis in China: a nationwide screening. *Proc. Chin. Acad. Med. Sci. Peking Union Med. Coll*. 1987;2(2):59—65.
30. Chen G.-Y., Cheng Y.-W., Wang C.-Y., Hsu T.-J., Hsu M. M.-L., Yang P.-T. Prevalence of skin diseases among schoolchildren in Magong, Penghu, Taiwan: a community-based clinical survey. *J. Formos Med. Assoc*. 2008;107(1):21—9.
31. Yang Y.-C., Cheng Y.-W., Lai C.-S., Chen W. Prevalence of childhood acne, ephelides, warts, atopic dermatitis, psoriasis, alopecia areata and keloid in Kaohsiung County, Taiwan: a community-based clinical survey. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*. 2007;21(5):643—9.
32. Li M.-J., Wang P., Wu W.-W., Fu L., Cai M., Chen M.-X. An epidemiological survey of psoriasis in 18 cities in Hainan province of China. *J. Dermatol*. 2012;39(Suppl. 1):243—4.
33. Chang Y.-T., Chen T.-J., Liu P.-C., Chen Y.-C., Chen Y.-J., Huang Y.-L. Epidemiological study of psoriasis in the national health insurance database in Taiwan. *Acta Derm. Venereol*. 2009;89(3):262—6.
34. Yip S. Y. The prevalence of psoriasis in the Mongoloid race. *J. Am. Acad. Dermatol*. 1984;10(6):965—8.
35. Ding X., Wang T., Shen Y., Wang X., Zhou C., Tian S. Prevalence of psoriasis in China: a population-based study in six cities. *Eur. J. Dermatol*. 2012;22(5):663—7.
36. Wang R., Cao L., Zhou C., Zhang J. Prevalence of 15 skin diseases in adolescents from Liangshan prefecture in Sichuan Province. *Chin. J. Dermatol*. 2012;45(4):270—2.
37. Kubota K., Kamijima Y., Sato T., Ooba N., Koide D., Iizuka H. Epidemiology of psoriasis and palmoplantar pustulosis: a nationwide study using the Japanese national claims database. *BMJ Open*. 2015;5(1):e006450.
38. Stern R. S., Nijsten T., Feldman S. R., Margolis D. J., Rolstad T. Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction. *J. Investig. Dermatol. Symp. Proc*. 2004;9(2):136—9.
39. Boehncke W.-H., Schon M. P. Psoriasis. *Lancet*. 2015;386(9997):983—94.
40. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2010: Results by Cause 1990—2010. Seattle: IHME; 2012.
41. Prins M., Krabbe P. F. M., Swinkels Q. O. J., de Boo T., van de Kerkhof P. C. M., van der Valk P. G. M. The effect of treatment on quality of life in psoriasis patients. *Acta Derm. Venereol*. 2005;85(4):304—10.
42. Renzi C., Picardi A., Abeni D., Agostini E., Baliva G., Pasquini P. Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance. *Arch. Dermatol*. 2002;138(3):337—42.

© Коллектив авторов, 2021

УДК 614.2

Ростовская Т. К.^{1,2}, Иванова А. Е.¹, Князькова Е. А.^{1,3}**ПРАКТИКИ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ РОССИЯН (РЕЗУЛЬТАТЫ ВСЕРОССИЙСКОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ САМОЧУВСТВИЕ РОССИИ»)**¹Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, 119333, г. Москва;²ФГБОУ ВО «Московский государственный технологический университет «СТАНКИН»», 127055, г. Москва;³ФГБОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет», 125993, г. Москва

Одним из мировых трендов социальной политики в области здравоохранения становится самосохранительное поведение населения как готовность каждого члена общества нести ответственность за сохранение собственного здоровья и продление жизнедеятельности. Ценность здоровья становится не только человеческим, лично значимым, но и социальным капиталом, без которого невозможно достижение высоких показателей общественного развития, а также обеспечение национальной безопасности государства. Меры государственной политики Российской Федерации направлены на формирование культуры самосохранительного поведения россиян, что находит отражение в национальных проектах «Здравоохранение» и «Демография», реализация которых рассчитана до 2024 г.

Для оценки самосохранительного поведения россиян необходимо выявить потребность в долголетии и степень ее реализации в различных социально-демографических группах, оценить особенности самосохранительного поведения в контексте мотивов достижения долголетия, установить отклик в различных социодемографических группах на меры демографической политики, принятые в направлении сохранения здоровья населения и снижения смертности, проанализировать популярные практики самосохранительного поведения. В настоящей статье приведены результаты социологического исследования на тему «Демографическое самочувствие России», проводимого Институтом социально-политических исследований Российской академии наук в 2020—2021 гг., в части применения россиянами различных практик самосохранительного поведения.

К л ю ч е в ы е с л о в а: здоровье; демографическое поведение; самосохранительное поведение; долголетие.

Для цитирования: Ростовская Т. К., Иванова А. Е., Князькова Е. А. Практики самосохранительного поведения россиян (результаты всероссийского социологического исследования «Демографическое самочувствие России»). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):66—75. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-66-75>

Для корреспонденции: Тамара Керимовна Ростовская, д-р социол. наук, профессор, заместитель директора по научной работе Института демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, профессор кафедры социологии, политологии и нормативно-правового регулирования промышленного развития МГТУ «СТАНКИН», e-mail: rostovskaya.tamara@mail.ru

Rostovskaya T. K.^{1,2}, Ivanova A. K.¹, Kniazkova E.A.^{1,3}**THE PRACTICE OF SELF-PRESERVING BEHAVIOR OF THE CITIZEN OF THE RUSSIAN FEDERATION: THE RESULTS OF THE ALL-RUSSIAN SOCIOLOGICAL STUDY “THE DEMOGRAPHIC SELF-FEELING OF RUSSIA”**¹The Institute of Demographic Studies of The Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences, 119333, Moscow, Russia;²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Moscow State Technological University “STANKIN””, 127055, Moscow, Russia;³The Russian State Humanitarian University, 125993, Moscow, Russia

One of world trends in health care social policy is self-care behavior of population as willingness of every member of society to be personally liable for maintaining one’s own health and prolongation of life activity. The value of health is considered as both human, personally significant and social capital, that is a must to achieve high indices of social development and to ensure national state security. The measures of state policy of the Russian Federation are targeted to develop culture of self-care behavior of citizen of the Russian Federation that is reflected in such national projects «Health care» and «Demography» that are implemented until 2024. To assess self-care behavior, it is necessary: to determine the need for longevity and degree of its implementation in various socio-demographic groups; to assess specifics of self-care behavior in context of motives of achieving longevity; to determine feedback in various socio-demographic groups to demographic policy measures to preserve population health and to reduce mortality; to analyze popular practices of self-care behavior. The article presents results of sociological survey on subject of «demographic self-feeling of Russia» carried out by the Institute of Social Political Research of the Russian Academy of Sciences in 2020—2021, in terms of application of various practices of self-care behavior in Russia.

К е y o r d s: health; demographic behavior; self-care behavior; longevity.

For citation: Rostovskaya T. K., Ivanova A. K., Kniazkova E.A. The practice of self-preserving behavior of the citizen of the Russian Federation: the results of the All-Russian sociological study “The demographic self-feeling of Russia”. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):66—75 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-66-75>

For correspondence: Rostovskaya T. K., doctor of sociological sciences, professor, Deputy Director on Research Studies of the Institute of Demographic Studies of The Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences, professor of the Chair of Sociology, Political Sciences and Normative Legal Regulation of Industrial Development of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Moscow State Technological University «STANKIN»». e-mail: rostovskaya.tamara@mail.ru

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

Acknowledgment. The study was carried out with the financial support of the Russian Science Foundation within the framework of the scientific project No. 20-18-00256 “Demographic behavior of the population in the context of Russia’s national security”.

Received 18.07.2020
Accepted 29.10.2020

Введение

На современном этапе актуально изучение самохранительного поведения на основе междисциплинарного подхода с использованием достижений медицины, демографии, психологии, социологии. Опыт развитых стран с высокими качеством и продолжительностью жизни демонстрирует наличие управляемых систем здоровьесбережения, находящихся у населения отклик в виде самохранительных практик, применяемых в повседневной жизни.

Социологическая наука изучает здоровье населения и поведение, способствующее его сохранению в контексте их значимости для воспроизводства населения. Национальный проект «Демография», реализация которого предусмотрена до 2024 г., включает следующие показатели:

- увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет;
- снижение смертности населения старше трудоспособного возраста;
- увеличение суммарного коэффициента рождаемости (до 1,7 ребенка на одну женщину);
- увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни;
- увеличение обращаемости в медицинские организации по вопросам здорового образа жизни;
- увеличение числа лиц, которым рекомендованы индивидуальные планы по здоровому образу жизни (паспорта здоровья);
- увеличение доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом⁴.

Ключевыми целями национального проекта «Здравоохранение» являются снижение младенческой смертности, смертности населения трудоспособного возраста, смертности населения от онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе инфаркта и инсульта, рост числа рентгенэндоваскулярных операций, достижение практически полной укомплектованности врачами и медсестрами подразделений, оказывающих амбулаторную помощь, внедрение «бережливых технологий» в медицинских организациях, обеспечение охвата граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год, рост объема экспорта медицинских услуг⁵. Российское государство последовательно проводит демографическую политику, нацеленную на здоровьесбережение населения, развивает систему регионального и муниципального здраво-

охранения, однако достижение целевых показателей национальных проектов остается актуальным.

Цель исследования — выявить тенденции и специфику моделей самохранительного поведения населения как важнейшего компонента демографического поведения для формирования эффективных стратегий реализации национальных демографических проектов. В исследовании самохранительного поведения россиян затронуты важнейшие его аспекты, позволяющие решить такие задачи, как оценка особенностей самохранительного поведения в контексте мотивов достижения долголетия, исследование отклика на меры демографической политики, предпринятые в направлении сохранения здоровья населения и снижения смертности, в различных социально-демографических группах.

Гипотезой исследования являются следующие научные предположения. Нацеленность индивида на долголетие отражается на его самохранительном поведении, повышая приверженность здоровьесберегающим практикам. Необходимы комплексные меры, охватывающие ключевые направления сохранения здоровья: формирование потребности в долголетию, моделирование траекторий самохранительного поведения населения в условиях, отвечающих потребностям индивидов, создание среды, позволяющей реализовать выбор в пользу здорового образа жизни.

Материалы и методы

В 2020 г. исследовательский проект «Демографическое самочувствие России», в рамках которого изучаются особенности самохранительного поведения россиян, реализован в 10 субъектах Российской Федерации: г. Москве, Волгоградской, Вологодской, Ивановской, Московской, Свердловской, Нижегородской областях, Республике Башкортостан, Республике Татарстан, Ставропольском крае. Общий объем выборочной совокупности составил 5616 человек. В каждом из выбранных регионов был осуществлен систематический отбор (квотная выборка с учетом возрастных групп респондентов, пола, сферы профессиональной деятельности).

Индикаторами исследования стали самооценка состояния здоровья, распространенность здорового образа жизни, потребность в долголетию и ее мотивы, характеристики самохранительного поведения. Инструментарий исследования — анкета — включает 34 вопроса для выявления состояния данных индикаторов.

⁴ Паспорт национального проекта «Демография» (утв. Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16).

⁵ Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16).

Результаты исследования

Анализ исследования, проведенного в 2019—2020 гг., продемонстрировал следующие результаты.

Различия в самооценке здоровья мужчин и женщин в целом не очень велики, они более заметны в полюсных группах: очень хорошим свое здоровье считают 11,4% мужчин и 9,1% женщин, плохое и очень плохое встречаются в 4,4% случаев у мужчин и в 6% у женщин (табл. 1).

Понимая, что для сохранения здоровья большое значение имеет правильное питание, мы не обошли этот вопрос в исследовании. Конечно, социологические данные не способны в полной мере оценить качество и рацион питания. В то же время мы имеем возможность оценить мотивы приобретения тех или иных продуктов, предпочтения тех или иных блюд или в целом рациона. Так, 28% респондентов свой выбор рациона основывают на вкусе пищи («ем все, что вкусно»), 25,9% едят то, что доступно по доходам, 20,3% руководствуются рекомендациями о здоровом питании, 15,1% не думают об этом, 10,7% руководствуются желанием похудеть. Из участвующих в исследовании 10 регионов самые высокие показатели зависимости питания от уровня доходов наблюдаются в Нижегородской, Ивановской и Свердловской областях.

Ориентация на здоровое питание чаще встречается в г. Москве и Московской области. Для респондентов этих же территорий актуальна тема питания, способствующая снижению массы тела, что также зачастую связывают с проблемой здорового питания (табл. 2). Полученные результаты косвенно свидетельствуют о зависимости рациона питания от уровня доходов. Тема здорового питания становится актуальной при достижении определенного уровня жизни.

Среди поведенческих практик, тесно связанных с самосохранением, важное место занимает потребление алкоголя и табакокурение. Исследования показывают, что принятие на федеральном уровне мер, нацеленных на сокращение потребления табака и табачных изделий, дало положительные результаты. Продажи табака в стране сократились с 2,8 тыс. штук на душу населения в 2005 г. до 1,6 в 2018 г. Активная политика в этом направлении продолжается, и предусмотрено снижение продаж табачных изделий до 1 тыс. штук на душу населения в год к 2035 г. Продажи алкоголя (литров в абсолютном пересчете на душу населения) сократились не столь существенно: с 9,3 в 2005 г. до 6,2 в 2018 г. Согласно данным исследования, в целом по выборке не курят 74,9% респондентов, при этом самой некурящей оказалась Ивановская область, однако в ней же самый высокий процент курящих в опасных для здоровья количествах — больше пачки ежедневно (табл. 3).

Судя по результатам опроса, 44,4% респондентов не употребляют алкоголь. Самыми непьющими оказались респонденты Ставропольского края и Башкортостана. Среди употребляющих алкогольные напитки сохраняется традиция их распития в выходные и праздничные дни. Около половины употребляющих алкоголь респондентов в праздничные дни

Таблица 1

Ответы на вопрос: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в настоящее время?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Среднее по опросу	Женщины	Мужчины
Очень хорошее	8,9	9,1	11,4
Хорошее	35,4	44,2	38,9
Удовлетворительное	46,8	37,7	42,5
Плохое	4,8	5,7	3,7
Очень плохое	0,8	0,3	0,7
Затрудняюсь ответить	3,2	2,9	2,9

Таблица 2

Ответы на вопрос: «Чем Вы руководствуетесь при составлении рациона питания?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Ивановская область	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Рекомендациями о здоровом питании	14,9	26,7	25,9	24,0	16,4	17,8	17,1	27,7	8,2	20,4	20,3
Ем все, что вкусно	34,4	23,4	29,9	28,1	36,1	27,5	32,4	28,1	17,2	23,4	28,0
Стараюсь похудеть	13,6	15,0	17,3	8,4	9,2	10,8	7,5	10,2	7,4	8,2	10,7
Ем то, что доступно по доходам	34,4	18,3	14,4	23,6	21,0	27,9	25,0	22,5	45,1	34,4	25,9
Не думаю об этом	2,6	16,6	12,5	15,9	17,2	16,0	18,0	11,4	22,1	13,7	15,1

Таблица 3

Ответы на вопрос о курении и употреблении алкоголя (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Ивановская область	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
«Курите ли Вы, и если да, то сколько сигарет в день?»											
Не курю	84,6	70,2	73,3	69,7	70,4	78,7	74,2	79,9	77,3	76,1	74,9
До 5 сигарет	0,0	8,5	8,1	4,1	8,6	6,0	11,0	7,3	6,7	6,8	7,1
5—9 сигарет	7,7	4,9	5,9	9,0	8,9	6,9	7,7	3,7	7,7	4,8	6,7
10—20 сигарет	0,0	12,6	10,6	13,5	9,1	6,2	5,9	8,2	7,5	11,4	9,0
Больше пачки	7,7	3,7	2,1	3,8	3,0	2,2	1,2	0,9	0,8	1,0	2,4
«Употребляете ли Вы алкогольные напитки?»											
Да	60,1	61,8	58,7	59,8	50,7	45,2	43,2	52,0	61,3	64,7	55,6
Нет	39,9	38,2	41,3	40,2	49,3	54,8	56,8	48,0	38,7	35,3	44,4

Таблица 4

Ответы на вопрос: «Если Вы употребляете алкогольные напитки, то как часто?» (в % от употребляющих)

Вариант ответа	Иванов-ская область	Москов-ская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Пиво (более 1 бутылки):											
ежедневно	12,8	11,4	7,7	7,5	6,1	3,1	7,2	8,4	4,5	2,0	6,9
по выходным	0,0	29,8	25,1	26,9	37,1	28,3	31,4	26,4	22,7	37,9	28,0
по праздникам	12,8	11,0	15,4	14,8	18,6	23,9	21,1	22,5	25,0	18,5	17,8
до 3 раз в месяц	0,0	19,6	25,9	15,4	18,6	16,4	13,4	19,1	15,9	16,8	16,7
не употребляю	74,4	28,2	25,9	35,4	19,7	28,3	26,8	23,6	31,8	24,8	30,7
Некрепленое вино (более 200 мл):											
ежедневно	0,0	0,8	0,4	0,0	1,2	3,6	1,6	1,8	3,8	2,0	1,4
по выходным	0,0	19,8	23,6	7,6	14,3	14,9	7,7	11,1	5,8	13,8	12,5
по праздникам	36,0	41,6	44,2	43,4	36,9	41,1	49,2	50,3	53,8	42,4	43,6
до 3 раз в месяц	0,0	13,4	10,5	6,6	11,5	14,3	6,0	12,3	7,7	6,1	8,8
не употребляю	64,0	24,4	21,3	42,4	36,1	26,2	35,5	24,6	28,8	35,7	33,7
Крепленое вино (более 100 мл):											
ежедневно	0,0	0,9	1,6	0,0	0,4	1,5	1,1	2,7	2,4	1,0	1,0
по выходным	0,0	9,0	7,3	5,5	6,0	6,7	2,8	6,8	0,0	3,2	4,9
по праздникам	14,7	33,8	25,6	22,1	32,9	28,4	32,0	35,4	38,1	17,1	27,3
до 3 раз в месяц	16,0	14,1	17,1	4,2	6,8	7,5	6,7	4,1	7,1	4,2	8,6
не употребляю	69,3	42,3	48,4	68,2	53,8	56,0	57,3	51,0	52,4	74,5	58,1
Крепкие спиртные напитки (более 50 мл):											
ежедневно	0,0	0,8	0,4	0,7	0,8	1,9	1,0	2,3	0,0	1,5	0,9
по выходным	0,0	6,2	12,0	11,7	6,4	11,0	6,8	10,3	9,4	9,4	8,6
по праздникам	28,0	37,3	33,9	40,0	57,6	44,5	56,6	49,1	47,2	41,1	43,5
до 3 раз в месяц	0,0	27,3	23,7	6,7	11,0	20,6	5,4	10,9	9,4	7,9	12,6
не употребляю	72,0	28,5	29,9	41,0	24,2	21,9	30,2	27,4	34,0	40,2	34,4

не обходятся без крепких спиртных напитков. В целом потребление крепкого алкоголя в меньшей степени характерно для респондентов г. Москвы и Московской области, в большей — для Свердловской и Вологодской областей (табл. 4).

Среди употребляющих алкогольные напитки делают это ради «возможности расслабиться» 31,7%, для «поддержания компании» — 24,2%, «повышения настроения» — 12,1%, «снятия чувства усталости» — 11,7%. Среди курящих делают это «ради возможности расслабиться» 28,1%, из-за потребности закурить — 26,3%. Для сравнения: из-за потребности выпить алкоголь употребляет только 1,6% респондентов.

Также среди причин табакокурения 13,4% опрошиваемых выделяют желание «отвлечься от проблем» (табл. 5).

Достижение оптимального сочетания труда и отдыха, умение снять усталость и бороться со стрессом является важным компонентом самосохранительного поведения. Люди нередко при перегрузках, стрессовых ситуациях обращаются к ставшим традиционными способам расслабления — курению и употреблению алкоголя. Поэтому крайне важно не только обучение населения адекватным мерам снятия напряжения, но и способам регулирования баланса труда и отдыха.

Таблица 5

Ответы на вопрос: «Если Вы курите и/или употребляете алкоголь, укажите почему»

Вариант ответа	Иванов-ская область	Москов-ская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Употребляю алкоголь (в % от употребляющих)											
Помогает расслабиться	15,4	35,9	21,0	3,4	21,7	25,6	50,5	28,1	37,0	62,1	31,7
Отвлекает от проблем	0,0	1,3	2,4	2,0	5,4	17,1	6,5	10,3	7,4	6,1	5,4
Нравится вкус/запах	0,0	12,2	12,1	0,0	4,3	4,9	5,6	10,8	7,4	7,9	6,2
Снимает чувство усталости	0,0	4,5	7,3	35,5	7,0	11,0	8,3	11,3	14,8	5,5	11,7
Облегчает процесс общения	0,0	4,5	3,2	2,0	3,1	0,0	3,2	3,9	0,0	2,9	2,6
Испытываю потребность выпить	0,0	0,6	0,0	1,7	2,3	0,0	3,2	4,4	0,0	0,6	1,6
Для поддержания компании	35,4	26,3	37,9	39,2	21,3	25,6	18,1	16,3	25,9	10,8	24,2
Для повышения настроения	49,2	10,3	11,3	13,9	16,7	12,2	2,8	9,9	7,4	2,6	12,1
Помогает забыть о проблемах	0,0	4,5	4,8	2,4	18,2	3,7	1,9	4,9	0,0	1,5	4,6
Курю (в % от курящих)											
Помогает расслабиться	50,0	34,1	35,1	18,0	14,2	30,3	30,0	17,1	22,6	48,4	28,1
Отвлекает от проблем	0,0	19,5	10,5	16,7	4,7	27,3	16,2	14,5	7,5	16,9	13,4
Нравится вкус/запах	0,0	18,3	8,8	5,3	4,7	3,0	12,3	17,1	7,5	8,1	8,8
Снимает чувство усталости	0,0	3,7	3,5	3,3	6,8	9,1	7,7	7,9	7,5	3,2	5,2
Облегчает процесс общения	50,0	1,2	5,3	5,3	3,4	3,0	1,5	2,6	0,0	4,0	5,5
Испытываю потребность закурить	0,0	9,8	26,3	43,3	32,4	15,2	26,2	25,0	47,2	13,7	26,3
Для поддержания компании	0,0	8,5	7,0	5,3	7,4	3,0	4,6	6,6	7,5	1,6	5,4
Для повышения настроения	0,0	3,7	0,0	0,7	4,7	3,0	0,8	1,3	0,0	0,0	1,6
Помогает забыть о проблемах	0,0	1,2	3,5	2,0	21,6	6,1	0,8	7,9	0,0	4,0	5,8

Таблица 6

Ответы на вопрос: «За последние 6 месяцев как часто Вы испытывали стрессовые ситуации?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Иванов-ская об-ласть	Москов-ская об-ласть	г. Москва	Вологод-ская об-ласть	Волго-градская область	Ставро-польский край	Республи-ка Башкор-тостан	Республи-ка Татар-стан	Нижего-родская область	Свердлов-ская об-ласть	Среднее по опросу
Практически ежедневно	50,6	12,8	15,6	7,4	13,5	20,2	12,7	20,5	22,1	17,4	17,6
Несколько раз в неделю	14,3	23,1	24,5	15,4	18,5	21,7	15,3	20,5	18,9	23,0	19,8
Несколько раз в месяц	13,6	34,7	32,8	26,2	31,4	25,0	23,2	26,7	28,7	31,6	28,1
Несколько раз в год	21,4	15,8	17,5	27,6	21,5	17,6	24,3	18,2	19,7	15,7	19,8
Только однажды	0,0	6,4	3,6	11,3	8,3	7,6	10,7	5,7	4,1	6,1	6,7
Не испытывал никогда	0,0	7,2	6,0	12,0	6,9	7,9	13,8	8,5	6,6	6,3	7,9

Таблица 7

Ответы на вопрос: «Если Вы работаете, то какова продолжительность Вашей рабочей недели?» (в % от числа опрошенных)

Вариант отве-та	Иванов-ская об-ласть	Москов-ская об-ласть	г. Москва	Вологод-ская об-ласть	Волгоград-ская об-ласть	Ставро-польский край	Республи-ка Башкор-тостан	Республи-ка Татар-стан	Нижего-родская область	Свердлов-ская об-ласть	Среднее по опросу
Менее 20 ч	0,0	12,5	8,8	4,8	15,5	9,3	12,5	10,4	10,6	0,0	9,0
21—39 ч	12,7	20,2	23,8	8,9	18,0	16,0	19,1	13,6	10,6	8,6	15,3
40 ч	60,8	37,4	33,4	44,3	27,8	42,1	31,2	31,8	59,3	50,5	40,3
41—50 ч	12,7	17,6	22,3	28,8	24,7	21,3	19,7	28,2	10,6	27,4	22,2
Более 50 ч	13,9	12,5	11,7	13,1	14,1	11,2	17,5	15,9	8,8	13,5	13,2

Таблица 8

Ответы на вопрос: «Как Вы обычно проводите отпуск?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Иванов-ская об-ласть	Москов-ская об-ласть	г. Мо-сква	Воло-годская область	Волго-град-ская об-ласть	Ставро-поль-ский край	Респу-блика Башкор-тостан	Респу-блика Та-тарстан	Ниже-город-ская об-ласть	Сверд-ловская область	Сред-нее по опросу
Дома, занимаясь хозяйственными делами	59,0	18,2	13,7	29,7	34,3	40,1	48,1	38,8	50,9	34,9	35,4
На даче	17,2	15,0	18,1	24,5	9,7	4,1	10,6	12,4	21,1	11,5	14,1
В гостях у родственников	0,0	6,6	7,4	10,8	13,6	9,0	11,5	9,7	3,5	6,2	8,4
В турпоходе, путешествии по России	0,0	8,1	5,3	7,9	6,2	9,2	5,2	5,4	1,8	10,2	6,4
На курорте	8,2	15,2	16,5	7,6	11,1	15,7	5,7	10,1	7,0	8,7	10,7
В санатории, занимался(лась) своим здоровьем	0,0	2,5	3,4	2,0	1,8	0,8	1,7	1,4	0,9	1,0	1,6
Путешествуя за границей	15,7	24,4	27,4	5,9	9,7	7,3	7,3	14,5	3,5	17,0	13,2
Другое	0,0	1,9	2,7	2,5	5,5	3,5	1,7	2,9	0,0	3,0	2,6
В отпуске не был несколько лет	0,0	7,4	3,8	8,1	6,3	7,7	4,5	3,3	10,5	5,7	6,0
Отпуск — пустая трата времени	0,0	0,8	1,7	0,9	1,8	2,6	3,5	1,6	0,9	1,8	1,7

Исследование показало, что только около 8% опрошенных никогда не испытывали стрессовых ситуаций. Более ¼ россиян испытывают на себе влияние стрессов несколько раз в месяц, 19,8% — несколько раз в неделю, 17,6% — практически ежедневно (табл. 6).

Результаты проведенного исследования показывают, что у 35,4% респондентов продолжительность рабочей недели превышает 40 ч, т. е. они перерабатывают, что может приводить к переутомлению (табл. 7), а это требует дополнительных исследований о его причинах и воздействии на самочувствие. Только у 24,3% респондентов продолжительность рабочей недели менее 40 ч в неделю. У 40,3% она составляет 40 ч, что определяется Трудовым кодексом РФ как «нормальная продолжительность рабочего времени»⁶. Вопреки устоявшемуся мнению, результаты исследования не выявили взаимосвязи между наличием переработок и проживанием в определенном, например столичном, регионе.

Важную роль в восстановлении здоровья и работоспособности играет отпускной период. Респонденты, принимавшие участие в исследовании, чаще всего проводят отпуск, занимаясь хозяйственными делами, путешествуют за границей 13,2%, проводят отпуск на курорте 10,7%, в гостях у родственников — 8,4%, в турпоходе, путешествии по России — 6,4%. Санаторий как способ поддержания здоровья выбирают чрезвычайно редко. Чаще других путешествуют за границей жители г. Москвы и Московской области, реже других — жители Нижегородской и Вологодской областей, Ставропольского края и Республики Башкортостан. Не были в отпуске несколько лет 6% опрошиваемых, еще 1,6% полагают, что «отпуск — пустая трата времени» (табл. 8). Самое большое число трудоголиков оказалось не в столичном регионе, а в Нижегородской области и Ставропольском крае. Таким образом, использование времени отпуска для работы — это выбор скорее вынужденный, связанный с уровнем жизни.

О роли физической культуры для сохранения здоровья сказано очень много. В то же время, на наш взгляд, немаловажно, что физическая активность может быть одним из способов снятия психологиче-

⁶ Ст. 91 «Трудового кодекса Российской Федерации» от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 31.07.2020). Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/

Таблица 9

Ответы на вопрос: «Охарактеризуйте Вашу физическую активность» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Иванов- ская об- ласть	Москов- ская об- ласть	г. Москва	Вологод- ская об- ласть	Волго- градская область	Ставро- польский край	Республи- ка Баш- кортостан	Республи- ка Татар- стан	Нижего- родская область	Сверд- ловская область	Среднее по опросу
Ходьба более 30 мин											
Ежедневно	58,4	68,4	63,2	56,1	53,1	55,7	49,8	53,4	66,7	53,5	57,7
2—3 раза в неделю	6,5	13,9	14,7	16,2	14,7	15,6	13,1	15,7	10,0	20,4	14,5
2—3 раза в месяц	6,5	3,4	7,4	7,4	9,6	7,1	10,2	12,2	5,8	8,8	7,9
Сейчас не занимаюсь	14,3	7,8	8,4	8,8	14,7	9,0	17,0	10,3	9,2	10,6	10,9
Никогда не занимался(ась)	14,3	6,5	6,3	11,5	7,9	12,6	9,9	8,4	8,3	6,7	9,0
Физкультура и спорт											
Ежедневно	0,0	8,0	8,7	9,6	6,8	10,9	7,7	9,6	8,4	10,6	8,4
2—3 раза в неделю	27,9	35,5	34,1	22,3	27,5	25,5	23,5	28,5	16,8	25,9	26,9
2—3 раза в месяц	20,1	11,9	16,3	10,9	13,1	11,5	17,0	15,9	17,8	13,7	14,5
Сейчас не занимаюсь	44,2	36,4	34,1	39,8	38,5	34,4	36,1	33,0	45,8	37,9	37,6
Никогда не занимался(ась)	7,8	8,2	6,9	17,5	14,1	17,8	15,6	13,0	11,2	11,8	12,6
Бег											
Ежедневно	0,0	6,4	4,1	5,4	5,5	8,1	4,7	7,0	2,9	4,1	5,0
2—3 раза в неделю	7,1	10,1	14,3	6,9	10,9	9,1	10,3	15,5	4,9	10,1	10,1
2—3 раза в месяц	14,3	10,3	9,6	8,7	10,2	17,6	11,5	10,3	6,8	7,5	10,5
Сейчас не занимаюсь	63,0	49,8	51,4	48,8	50,3	37,3	52,5	44,3	55,3	48,0	49,6
Никогда не занимался(ась)	15,6	23,3	20,5	30,2	23,1	27,8	21,0	23,0	30,1	30,4	24,8
Езда на велосипеде											
Ежедневно	0,0	5,7	2,9	1,7	1,9	3,4	3,1	4,8	4,7	2,0	3,0
2—3 раза в неделю	6,5	3,7	4,0	3,3	3,9	5,1	5,0	4,1	4,7	4,1	4,3
2—3 раза в месяц	0,0	9,2	10,3	9,6	5,8	14,1	10,1	10,8	8,4	5,5	8,6
Сейчас не занимаюсь	70,8	58,6	61,1	59,9	59,6	45,9	55,1	54,4	60,7	59,2	58,1
Никогда не занимался(ась)	22,7	22,9	21,8	25,6	28,7	31,5	26,6	25,9	21,5	29,2	25,8
Утренняя зарядка											
Ежедневно	0,6	22,1	14,7	14,4	15,2	15,4	18,4	17,4	8,5	14,4	14,8
2—3 раза в неделю	41,6	13,6	11,9	8,9	10,3	11,2	11,6	11,1	9,4	9,3	12,7
2—3 раза в месяц	7,8	8,7	11,1	5,2	9,8	12,8	10,2	10,6	11,3	6,3	9,4
Сейчас не занимаюсь	35,1	30,6	38,1	42,7	40,1	31,3	38,4	36,6	39,6	39,1	37,3
Никогда не занимался(ась)	14,9	25,0	24,2	28,8	24,7	29,3	21,4	24,4	31,1	31,0	25,8

ского напряжения и стресса. Результаты проведенного исследования позволяют говорить о недостаточной физической активности населения. Наиболее популярными мерами активности, проявляемой жителями ежедневно, является ходьба, физической культурой время от времени занимаются 49,8% населения, а ежедневно только 26,9%, утренняя зарядка вошла в ежедневный обиход только у 14,8%, время от времени ее делают еще 22%. Наименее популярны бег — лишь 10% бегают 2—3 раза в неделю и еще столько же — 2—3 раза в месяц — и езда на велосипеде (табл. 9).

Во многом распространенность самосохранительных практик и забота о здоровье зависят от того, как человек воспринимает себя в социальной реальности, состояние своего здоровья и свой образ жизни. Как уже отмечено, 34,3% населения оценивают свое здоровье как «отличное» и «хорошее», еще 46,8% россиян считают, что здоровье их удовлетворительное. Это коррелирует с оценкой образа жизни,

который могут назвать здоровым 32,8% респондентов, в то время как 50,1% считают его «не совсем здоровым», а 17,1% полагают, что до него им далеко. В республиках Башкортостан и Татарстан, а также в Ставропольском крае больше доля жителей, считающих свой образ жизни здоровым (табл. 10).

Примерно одинаковое количество мужчин и женщин оценивают свой образ жизни как здоровый. При этом женщины считают его «не совсем здоровым» в 56,1% случаев, а мужчины — в 47,8%. Как «совсем не здоровый» оценивают свой образ жизни именно мужчины (18,8% против 11,7% среди женщин).

С возрастом ухудшается самооценка не только здоровья, но и образа жизни. Увеличивается число респондентов, считающих, что им «до здорового образа жизни далеко». Так полагают 13,3% опрошенных в возрасте 17—29 лет, 16,7% в возрасте 30—39 лет, 21,2% 40—50-летних.

Таблица 10

Ответы на вопрос: «Как Вы оцениваете свой образ жизни?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Иванов- ская об- ласть	Москов- ская об- ласть	г. Мо- сква	Вологод- ская область	Волго- градская область	Ставро- польский край	Республи- ка Баш- кортостан	Республи- ка Та- тарстан	Нижего- родская область	Сверд- ловская область	Сред- нее по опросу
Его можно назвать здоровым	14,3	28,4	31,7	34,9	33,4	37,9	45,2	38,5	24,4	29,5	32,8
Он не совсем здоровый	63,0	52,8	51,2	50,1	48,8	43,6	41,9	45,7	52,8	57,0	50,1
До здорового образа жизни мне далеко	22,7	18,8	17,2	15,0	17,8	18,5	12,9	15,7	22,8	13,6	17,1

Таблица 11

Ответы на вопрос: «Что Вы лично предпринимаете для сохранения и укрепления своего здоровья?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Иванов- ская об- ласть	Москов- ская об- ласть	г. Мо- сква	Воло- годская область	Волго- градская область	Ставро- польский край	Республи- ка Баш- кортостан	Респуб- лика Та- тарстан	Нижего- родская область	Сверд- ловская область	Сред- нее по опросу
Не курю	64,3	53,8	52,0	52,0	51,0	47,7	52,0	53,6	53,1	54,4	52,8
Стараюсь больше ходить пешком, совер- шаю прогулки в местах отдыха	27,9	37,5	42,4	30,8	29,6	34,0	29,5	32,9	40,6	37,3	34,5
Контролирую свою массу тела	14,3	42,5	39,8	35,4	30,1	34,8	31,3	33,3	32,8	38,9	34,3
Активно занимаюсь физической культу- рой, закаливанием организма	6,5	30,2	34,6	23,5	21,2	22,1	28,6	25,4	13,3	24,9	24,1
Использую бытовые приборы для очист- ки питьевой воды, покупаю бутилирован- ную воду, пользуюсь водой из специаль- ных источников (родников, колодцев)	21,4	41,8	40,7	33,3	35,0	21,6	27,0	39,4	28,9	39,7	33,5
Посещаю баню, сауну	21,4	26,2	25,6	35,6	23,3	18,2	43,7	36,3	41,4	39,7	31,4
Соблюдаю умеренность в потреблении алкоголя	21,4	31,0	33,5	30,8	28,3	27,2	26,8	30,6	37,5	37,8	30,9
Стараюсь контролировать свое психиче- ское состояние	21,4	30,3	31,6	23,5	27,8	24,1	25,2	31,3	31,3	33,6	28,3
Обращаюсь к врачу при первых призна- ках болезни, регулярно прохожу меди- цинский осмотр	41,6	27,9	36,1	31,7	25,1	21,9	28,6	23,2	19,5	28,1	27,8
Стараюсь оптимально сочетать трудовые нагрузки и отдых	28,6	24,9	25,1	18,3	21,0	16,3	20,4	24,3	21,1	24,7	22,2
Стараюсь организовать свое свободное время с пользой для здоровья, саморазви- тия, самореализации	27,9	22,0	24,6	20,8	17,5	18,5	20,7	25,0	20,3	24,7	21,9
По возможности прохожу курс лечения в санатории, на курорте и т. п.	0,0	10,2	9,5	7,1	9,1	5,4	7,6	7,2	1,6	6,9	6,9
Ничего специально не предпринимаю	20,8	18,5	17,9	16,5	20,7	17,2	15,9	16,5	19,5	13,6	17,5
Другое	0,0	1,1	1,1	0,5	0,8	0,5	0,2	0,2	0,0	0,5	0,5

Вместе с тем это не означает, что люди не предпринимает никаких мер. В соответствии со сложившимся самовосприятием респонденты предпринимают определенные усилия для укрепления здоровья (табл. 11). Нельзя не отметить, что столь важные для сохранения здоровья меры, как медицинская активность (обращение к врачу при первых признаках болезни, регулярные медицинские осмотры), активное занятие физкультурой, закаливание организма, характерны только для 27,8 и 24,1% респондентов соответственно, что занимает только восьмое и девятое места в общем рейтинге по всем регионам. Среди мер укрепления здоровья наиболее популярны отказ от курения и в равной степени ходьба, контроль массы тела, использование чистой питьевой воды, посещение бани, сауны, соблюдение умеренности в потреблении алкоголя.

Поведенческие привычки, формирующие медицинскую активность россиян, вполне ожидаемы, со-

относятся со сложившимися стереотипами (надежда на «авось» и «само пройдет»): около 1/3 населения не обращаются к медицинским работникам при возникновении проблем. Наиболее популярны государственные медицинские учреждения по месту жительства, и 48,4% населения получают медицинскую помощь именно там (табл. 12).

Важными индикаторами здоровья являются артериальное давление и уровень холестерина в крови. Знание этих показателей и поддержание их в пределах нормы помогают повысить работоспособность и избежать серьезных проблем. По данным исследования, 84% респондентов когда-либо измеряли артериальное давление (с помощью врачей, знакомых, родственников или самостоятельно). Не имеют такого опыта 8,5% от общего числа опрошенных. В возрастной категории 40—49 лет число респондентов, ни разу не измерявших себе давление, несколько ниже, чем в категории 30—39 лет. И если женщины, осо-

Таблица 12

Ответы на вопрос: «Что Вы обычно предпринимаете при возникновении проблем со здоровьем?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Иванов- ская об- ласть	Москов- ская об- ласть	г. Мо- сква	Воло- годская область	Волго- градская область	Ставро- польский край	Республи- ка Баш- кортостан	Респуб- лика Та- тарстан	Нижего- родская область	Сверд- ловская область	Сред- нее по опросу
Ничего не делаю, само пройдет	20,8	15,1	15,6	15,0	20,5	19,5	13,9	17,9	21,2	19,7	17,7
Пользуюсь народными рецептами	0,0	8,6	9,0	12,9	10,1	13,5	17,9	19,1	5,1	11,7	11,3
Обращаюсь в государственное медицин- ское учреждение по месту жительства	34,4	43,4	48,0	59,8	49,3	47,9	53,4	39,1	53,4	48,8	48,4
Обращаюсь в частное медицинское уч- реждение или к частнопрактикующему врачу по месту жительства	44,8	27,0	24,6	10,5	17,1	15,5	12,7	21,0	18,6	18,2	19,9
Обращаюсь за медицинской помощью в другом населенном пункте	0,0	4,5	1,8	1,8	2,5	3,0	1,9	2,7	1,7	1,5	2,2
Обращаюсь за медицинской помощью за границей	0,0	1,3	0,9	0,0	0,5	0,6	0,2	0,2	0,0	0,2	0,4

Таблица 13

Ответы на вопрос: «Вам когда-нибудь измеряли артериальное давление?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Среднее по опросу	Женщины	В том числе в возрасте:			Мужчины	В том числе в возрасте:		
			17—29 лет	30—39 лет	40—49 лет		17—29 лет	30—39 лет	40—49 лет
Да (врач, я сам(а) или знакомые, родственники)	84,2	88,6	82,9	89,9	93,0	81,0	74,8	81,3	90,2
да, врач	42,8	44,7	44,7	47,6	43,4	41,5	40,6	43,5	42,7
да, я сам	38,4	45,8	35,0	42,9	56,7	31,6	24,1	31,5	39,0
да, помогли измерить знакомые, родственники	15,7	13,7	18,5	12,1	10,6	18,0	21,1	15,8	18,4
Нет	8,5	5,6	7,2	4,7	5,3	11,4	14,9	11,0	5,9
Не знаю	5,4	4,4	8,4	3,5	0,9	6,3	9,2	6,5	2,5

бенно старших возрастов, чаще самостоятельно следят за уровнем давления, то мужчины измеряют его только при посещении медицинских работников либо под наблюдением и при помощи родственников или знакомых (табл. 13).

Ежедневно измеряют давление 11% женщин и 7% мужчин (в возрасте старше 40 лет — 18 и 14% соот-

Таблица 14

Ответы на вопрос: «Вам когда-нибудь проверяли уровень холестерина в крови?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Среднее по опросу	Женщины	Мужчины
Да	45,2%	52,2	38,4
Нет	43,3%	37,2	49,3
Не знаю	11,6%	10,7	12,4

Таблица 15

Ответы на вопрос: «В течение последних 12 месяцев пытались ли Вы всерьез...?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Ивановская область	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
Повысить работоспособность											
Да, пытался и мне это удалось	24,7	47,2	46,3	37,4	36,6	44,0	35,4	52,3	37,8	34,3	40,0
Да, пытался и мне это не удалось	40,3	14,8	20,7	11,7	19,7	17,1	15,9	16,8	18,9	18,8	18,6
Нет, не пытался	35,1	38,0	33,0	50,9	43,8	38,9	48,6	30,9	43,2	47,0	41,4
Увеличить физическую активность											
Да, пытался и мне это удалось	7,8	45,1	43,2	38,1	34,4	36,5	34,5	44,0	36,0	37,8	37,0
Да, пытался и мне это не удалось	43,5	22,7	24,6	14,5	23,0	30,1	16,8	24,1	23,4	24,1	23,8
Нет, не пытался	48,7	32,2	32,2	47,4	42,6	33,3	48,6	31,9	40,5	38,1	39,3
Уменьшить потребление алкоголя											
Да, пытался и мне это удалось	15,2	30,4	28,5	16,4	25,0	28,3	19,0	32,0	33,0	25,3	25,4
Да, пытался и мне это не удалось	8,3	8,1	8,2	6,5	9,6	10,5	8,5	8,3	10,0	8,4	8,6
Нет, не пытался	76,5	61,5	63,3	77,1	65,5	61,2	72,5	59,7	57,0	66,3	66,0
Бросить курить											
Да, пытался и мне это удалось	0,0	15,2	10,7	6,8	11,9	22,6	10,8	19,8	15,2	11,6	12,8
Да, пытался и мне это не удалось	8,2	15,7	14,4	11,1	13,8	17,2	11,6	11,8	8,7	9,3	12,5
Нет, не пытался	91,8	69,1	74,9	82,1	74,3	60,2	77,6	68,4	76,1	79,1	74,7
Бросить курить (в % от курящих)											
Да, пытался и мне это удалось	0,0	13,0	7,8	5,3	7,7	14,3	5,3	16,0	16,5	2,9	8,8
Да, пытался и мне это не удалось	0,0	40,7	34,6	30,2	32,0	38,4	30,3	30,9	28,9	29,3	31,8
Нет, не пытался	100,0	46,3	57,5	64,5	60,4	47,3	64,5	53,1	54,6	67,9	59,4
Снизить массу тела											
Да, пытался и мне это удалось	13,6	32,8	28,4	19,1	23,5	28,4	21,6	31,5	29,6	25,4	25,7
Да, пытался и мне это не удалось	20,1	18,0	20,6	18,6	18,4	26,5	14,7	23,5	24,1	29,0	21,2
Нет, не пытался	66,2	49,2	51,0	62,3	58,1	45,1	63,8	45,0	46,3	45,7	53,1
Увеличить массу тела											
Да, пытался и мне это удалось	7,8	7,4	6,9	2,5	8,3	12,0	8,1	16,8	7,7	5,6	8,0
Да, пытался и мне это не удалось	9,1	5,7	6,6	3,1	8,6	8,8	8,5	9,9	8,7	6,0	7,3
Нет, не пытался	83,1	87,0	86,5	94,4	83,1	79,3	83,4	73,3	83,7	88,5	84,6
Меньше употреблять жиров											
Да, пытался и мне это удалось	20,8	27,4	22,6	24,0	19,2	28,0	19,8	34,2	21,6	26,8	24,4
Да, пытался и мне это не удалось	27,9	13,1	13,8	11,5	15,0	17,0	11,2	13,2	11,7	15,7	14,5
Нет, не пытался	51,3	59,5	63,6	64,5	65,7	55,0	69,0	52,6	66,7	57,5	61,2
Меньше употреблять соли											
Да, пытался и мне это удалось	13,0	26,7	24,2	24,8	18,6	23,7	16,6	29,5	18,8	21,5	22,0
Да, пытался и мне это не удалось	35,7	12,4	11,3	9,5	13,6	19,6	10,5	14,6	12,5	13,7	14,4
Нет, не пытался	51,3	60,9	64,5	65,7	67,8	56,6	72,9	55,9	68,8	64,8	63,6
Меньше употреблять сахара											
Да, пытался и мне это удалось	7,1	33,1	30,0	28,5	23,2	31,5	20,9	36,5	26,3	33,1	27,7
Да, пытался и мне это не удалось	41,6	14,0	15,9	10,9	13,8	16,8	12,7	14,9	14,9	17,6	16,2
Нет, не пытался	51,3	52,9	54,1	60,6	63,0	51,6	66,4	48,6	58,8	49,3	56,1

Т а б л и ц а 16

**Нацеленность на долголетие и здоровьесберегающие практики
(в % от числа опрошенных)**

Вариант ответа на вопрос	Желают прожить менее 80 лет	Желают прожить более 80 лет
«Что Вы лично предпринимаете для сохранения и укрепления своего здоровья?»		
Активно занимаюсь физической культурой, закаливанием организма	20,0	26,6
Использую бытовые приборы для очистки питьевой воды, покупаю бутилированную воду, пользуюсь водой из специальных источников (родников, колодцев)	26,5	37,2
Контролирую свою массу тела	29,0	37,9
Не курю	45,2	56,9
Обращаюсь к врачу при первых признаках болезни, регулярно прохожу медицинский осмотр	22,3	31,1
По возможности прохожу курс лечения в санатории, на курорте	4,8	7,7
Посещаю баню, сауну	28,1	34,3
Соблюдаю умеренность в употреблении алкоголя	22,9	34,4
Стараюсь больше ходить пешком, совершаю прогулки в местах отдыха	29,0	36,8
Стараюсь контролировать свое психическое состояние	27,6	30,9
Стараюсь оптимально сочетать трудовые нагрузки и отдых	18,7	24,1
Стараюсь организовать свое свободное время с пользой для здоровья, саморазвития, самореализации	21,2	24,4
Ничего специально не предпринимаю	24,0	14,8
Другое	0,8	0,3
«Каково количество предпринимаемых мер для сохранения и укрепления своего здоровья?»		
Не отмечена ни одна из мер	18,6	8,5
1—2 меры	25,1	23,7
3—4 меры	32,7	31,5
5 мер и более	23,6	36,3
«Как Вы оцениваете свой образ жизни?»		
Его можно назвать здоровым	28,6	34,2
Он не совсем здоровый	51,0	50,6
До здорового образа жизни мне далеко	20,4	15,2

ответственно). При этом высокое давление чаще обнаруживали у себя респонденты мужского пола, хотя они измеряют его заметно реже женщин.

Из-за повышенного артериального давления врачи чаще рекомендовали респондентам повысить физическую активность (33,4%), похудеть (33,3%), сократить потребление соли (27,4%), сократить потребление алкоголя (10,6%). Женщинам в качестве мер по снижению артериального давления чаще, чем мужчинам, предлагалось похудеть и снизить потребление соли. Мужчинам чаще, чем женщинам, предлагалось сократить потребление алкоголя и повысить физическую активность.

Примерно одинаковое количество респондентов имеют опыт проверки уровня холестерина в крови (45,2%), не имеют такого опыта 43,3%. Женщины чаще мужчин отмечают наличие такого опыта (табл. 14). Среди тех, кто измерял уровень холестерина в крови, 73% респондентов осуществляли это до 1 года назад. Гендерная разница в ответах на вопрос «Когда в последний раз Вам измеряли уровень холестерина в крови?» незначительна. При этом 71% мужчин и 74,3% женщин отметили, что при измерении уровня холестерина им не говорили, что он

слишком высок, а 20% опрошенных утверждают, что были проинформированы о высоком уровне холестерина в крови и им было рекомендовано изменить характер питания и принимать лекарства, а также повысить физическую активность и похудеть.

К рекомендациям по изменению образа жизни в связи с повышенным давлением или уровнем холестерина полностью или частично прислушались 85,3% опрошенных. При этом женщины чаще мужчин полностью прислушивались к рекомендациям врачей.

Оценивая свой образ жизни как не вполне здоровый, ряд россиян предпринимает попытки его изменить. В исследовании мы поинтересовались, пытались ли люди в течение последнего года как-то изменить свое поведение, привычки для укрепления здоровья (табл. 15). Среди тех, кто всерьез пытался и достиг результатов, отмечается повышение работоспособности (40%) увеличение физической активности (37%), снижение потребления сахара (27,7%) и соли (22%), снижение массы тела (25,7%), уменьшение потребления алкоголя (25,4%). Наименее результативны попытки отказаться от курения и повышения физической активности: 31,8% респондентов пытались и не смогли бросить курить, 23,8% пытались и не смогли увеличить физическую активность, 21,2% пытались и не смогли похудеть.

Отметим, что мужчины более успешны в борьбе с табакокурением. Среди тех, кто пытался и достиг результатов, 11% составили женщины и 14% мужчины. А вот в случае снижения массы тела более методичны и настойчивы женщины. Женщины также более успешны в корректировке питания (снижение потребления соли, сахара, жиров).

Заметное влияние на формирование образа жизни и сохранение здоровья оказывают установки на долголетие. Это проявляется и при выборе траекторий поведения для укрепления здоровья, и в количестве практик, направленных на поддержание здоровья. Так, люди, нацеленные на долголетие, чаще соблюдают пять и более мер для здоровьесбережения, чем те, кто не задается подобной целью (36 и 24% соответственно; табл. 16). Разница видна и в оценке образа жизни: среди людей, нацеленных на долголетие, нездоровым его называют только 15%, а в противоположной группе — 20%. Это явление требует дополнительного расширенного исследования, но уже полученные данные свидетельствуют, что важным фактором сохранения здоровья является нацеленность на долголетие. Таким образом, гипотезы нашего исследования полностью подтвердились.

Заключение

Самосохранительное поведение индивида во многом определяется его демографическими (возраст, пол), личностными особенностями, также детерминировано качеством профилактической работы, эффективностью информирования населения о способах здоровьесбережения, популяризацией здорового образа жизни, семейных ценностей, долголе-

Здоровье и общество

тия. Количество самосохранительных практик увеличивается у людей, нацеленных на долголетие, поэтому в контексте реализации национальных проектов актуально формирование ценности долгожительства, позитивного образа пожилого человека, его значимой роли в семье и обществе. У населения должна быть сформирована культура здоровьесбережения и использования зарекомендовавших свою эффективность самосохранительных практик, подкрепленная целенаправленной политикой, реализуемой на принципах социального партнерства власти и структур гражданского общества, заинтересованных в укреплении общественного здоровья. Актуальны общественные дискуссии о сокращении продолжительности рабочего времени, развитии возможностей для совмещения трудовых и семейных обязанностей, профилактике стрессов, развитии системы семейного отдыха и туризма, расширении спектра услуг здоровьесбережения, оказываемых организациями здравоохранения всех форм собственности.

Исследование осуществлялось за счет гранта РНФ в рамках научно-исследовательского проекта № 20-18-00256 «Демографическое поведение населения в контексте национальной безопасности России».

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Паспорт национального проекта «Демография» (утв. Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от

24.12.2018 № 16). Режим доступа: <https://base.garant.ru/72158122/>

2. Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16). Режим доступа: https://phototass4.cdnvideo.ru/futurerussia/uploads/20191127/20191127134431_5dde538f231f8.pdf
3. Ростовская Т. К., Шимановская Я. В. Концептуальные подходы к изучению самосохранительного поведения мужского населения. *Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Сер. Социальные науки.* 2018;50(2):45—53.
4. Шаповалова И. С. Роль социальных институтов в формировании самосохранительного поведения населения Центрального округа. *Вестник Института социологии.* 2020;11(1):86—112.

Поступила 18.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Passport of the national project «Demography» (approved by the Presidium of the Council under the President of the Russian Federation for Strategic Development and National Projects, Minutes No. 16 dated 24.12.2018). Available at: <https://base.garant.ru/72158122/> (in Russian).
2. Passport of the national project «Health» (approved by the Presidium of the Council under the President of the Russian Federation for Strategic Development and National Projects, Minutes No. 16 dated 24.12.2018). Available at: https://phototass4.cdnvideo.ru/futurerussia/uploads/20191127/20191127134431_5dde538f231f8.pdf (in Russian).
3. Rostovskaya T. K., Shimanovskaya Ya. V. Conceptual approaches to the study of self-preserving behavior of the male population. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N. I. Lobachevskogo. Ser.: Social'nye nauki.* 2018;50(2):45—53 (in Russian).
4. Shapovalova I. S. The role of social institutions in the formation of self-preservation behavior of the population of the Central District. *Vestnik Instituta sociologii.* 2020;11(1):86—112 (in Russian).

Кротов И. А.^{1,3}, Коновалов О. Е.^{1,2}, Терлецкая Р. Н.³**ОЦЕНКА ВРАЧАМИ-СПЕЦИАЛИСТАМИ СОСТОЯНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**¹ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России, 117198, г. Москва;²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;³ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, 119296, г. Москва

Социологический опрос врачей-специалистов призван определить проблемные зоны организационного характера в работе ультразвуковой службы и выработать эффективные меры по их устранению.

Цель исследования — изучить мнение врачей-специалистов о состоянии и приоритетных направлениях совершенствования ультразвуковой диагностики у детей.

Проведен опрос 196 врачей ультразвуковой диагностики с использованием анкеты, включающей вопросы по оценке деятельности их медицинской организации, в том числе по ультразвуковой диагностике, удовлетворенности своей работой, а также путях совершенствования ультразвуковой службы.

Большинство респондентов были удовлетворены своей деятельностью, деятельностью своей медицинской организации в целом и в области ультразвуковой диагностики. Основной причиной неудовлетворенности было состояние материально-технической базы. По мнению опрошенных врачей, оснащение аппаратами для ультразвуковой диагностики медицинских организаций, проходившее в рамках выполнения программы по модернизации здравоохранения, не способствовало в должной мере повышению эффективности деятельности ультразвуковой службы.

С учетом высокого уровня профессиональной подготовки ответы врачей ультразвуковой диагностики являются компетентными и позволяют выявить недостатки, резервы и пути улучшения их профессиональной деятельности.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика; оценка врачей; пути совершенствования.

Для цитирования: Кротов И. А., Коновалов О. Е., Терлецкая Р. Н. Оценка врачами-специалистами состояния ультразвуковой диагностики в педиатрической практике. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):76—79. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-76-79>

Для корреспонденции: Коновалов Олег Евгеньевич, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов»; e-mail: konovalov_oe@mail.ru

Krotov I. A.^{1,3}, Konovalov O. E.^{1,2}, Terletskaia R. N.³**THE MEDICAL SPECIALISTS' EVALUATION OF ACTUAL STATUS OF ULTRASOUND DIAGNOSTIC IN PEDIATRIC PRACTICE**¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The Peoples' Friendship University of Russia» (RUDN University), 117198, Moscow, Russia;²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;³The Federal State Self-Contained Institution «The National Medical Research Center of Children Health» of Minzdrav of Russia, 119296, Moscow, Russia

The sociological survey of medical specialists is summoned to identify problematic areas of organization nature in functioning of ultrasound service and to elaborate effective measures to eliminate them. The purpose of research: to study opinions of medical specialists concerning state and priority directions of enhancement of ultrasound diagnostics in children. Materials and methods: The survey of 196 medical specialists in ultrasound diagnostics was carried out using questionnaire that included questions on evaluation of functioning of corresponding medical organizations, ultrasound diagnostics included, satisfaction with their work and means of improving ultrasound service. Results. The majority of respondents were satisfied with their activities, functioning of ultrasound diagnostics their medical organizations in whole and in ultrasound diagnostics in particular. The main cause of dissatisfaction was condition of material and technical base. According to respondents, equipping medical organizations with devices of ultrasound diagnostics within the framework of implementation of program of health care modernization made no due contribution into increasing efficiency of functioning of ultrasound diagnostics service. Conclusion. Considering the high level of professional training, the responses of respondents are competent and permit to identify shortcomings, reserves and means of improving their professional activities.

Keywords: ultrasound diagnostics; physician; evaluation; means of improvement.

For citation: Krotov I. A., Konovalov O. E., Terletskaia R. N. The medical specialists' evaluation of actual status of ultrasound diagnostic in pediatric practice. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsini*. 2021;29(1):76—79 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-76-79>

For correspondence: Konovalov O. E., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Public Health, Health Care and Hygiene of the Medical Institute of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The Peoples' Friendship University of Russia». e-mail: konovalov_oe@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 18.08.2020
Accepted 29.10.2020**Введение**

Анализ данных литературы свидетельствует о широком использовании и высокой диагностиче-

ской значимости ультразвуковых исследований в педиатрии, которые порой являются основными и единственными методами оценки состояния ряда

Здоровье и общество

органов и систем у детей. С развитием ультразвуковых технологий стала возможной оценка и подробная визуализация многих новых структур, а высокое разрешение позволяет выявить у пациентов широкий спектр изменений [1—3].

Однако нормативы на данный вид исследований длительное время не обновлялись, а правила их проведения находятся в стадии проекта. Практически не изучались организация службы ультразвуковой диагностики в педиатрических медицинских организациях, а также удовлетворенность врачей ультразвуковой диагностики своей профессиональной деятельностью [4, 5].

Не вызывает сомнения тот факт, что «проблемы повышения трудовой мотивации медицинских работников являются важнейшей функцией управления здравоохранением. Без их решения вряд ли возможно реальное улучшение качества и культуры оказания медицинской помощи населению, а также повышение эффективности деятельности медицинских организаций и отрасли в целом на основе рационального использования финансовых, материальных и кадровых ресурсов» [6, 7].

В связи с этим цель настоящего исследования заключалась в изучении мнения врачей-специалистов о состоянии и приоритетных направлениях совершенствования ультразвуковой диагностики у детей.

Материалы и методы

Проведен опрос 196 врачей ультразвуковой диагностики с использованием анкеты, составленной в соответствии с задачами исследования.

Основными критериями включения явились информированное согласие врачей, отсутствие психических заболеваний и личностных особенностей респондентов, которые могли бы повлиять на правильность и адекватность ответов.

Ответы врачей на вопросы анкеты анализировали с учетом стажа работы по специальности. Среди респондентов 67,7% составили женщины. Средний возраст опрошенных врачей был равен 38,6 года. Более половины (51,3%) респондентов работали в стационарных условиях, 28,7% — в амбулаторно-поликлиническом звене, 20% были сотрудниками частных медицинских организаций. Стаж работы по специальности до 5 лет имели 38,3% опрошенных, 5—10 лет — 30,6%, более 10 лет — 31,1%. Высшую категорию специалиста имели 23,3% аттестованных врачей ультразвуковой диагностики, первую — 11,9%, вторую — 31,6%.

Специально разработанная анкета содержала вопросы по оценке работы медицинских организаций, в том числе по ультразвуковой диагностике. Анализировалась удовлетворенность врачей ультразвуковой диагностики своей работой и возможные причины неудовлетворенности, а также пути совершенствования ультразвуковой службы.

Результаты исследования

Общеизвестно, что на качество медицинской помощи пациентам оказывает влияние удовлетвори-

тельность своей работой медицинского персонала. Исследования, проведенные в данном аспекте, показали, что 76,7% опрошенных врачей высказали удовлетворение своей профессиональной деятельностью. Вместе с этим при балльной оценке (от 0 до 5 баллов) степень удовлетворенности оказалась невысокой и составила всего $3,8 \pm 0,55$ балла.

Прежде всего участниками опроса были недовольны недостаточным размером заработной платы и оснащением их рабочего места. Определенное значение придавалось большим рабочим нагрузкам и отсутствию времени на самоподготовку по специальности (рис. 1).

Деятельность всей медицинской организации удовлетворительно оценили 72,5% лиц, принявших участие в исследовании. Основной причиной неудовлетворенности деятельностью медицинской организации была оснащенность диагностическим оборудованием. Так, ее состояние устраивало только 62,2% респондентов (сумма ответов «да» и «скорее да, чем нет» — 23,8 и 38,4% соответственно), не устраивало 37,8% респондентов (сумма ответов «нет» и «скорее нет, чем да» — 11,9 и 25,9%).

Мнение врачей ультразвуковой диагностики о профессиональной деятельности зависело от продолжительности стажа работы по данной специальности. Наибольшая доля (41,7%) положительных ответов была характерна для респондентов со стажем 5—10 лет, ответы «скорее да, чем нет» чаще давали лица со стажем 10—15 лет (51,7%), отрицательные ответы поступили от респондентов со стажем менее 5 лет (21,6%). Следует заметить, что при продолжительности стажа более 15 лет чаще регистрировались ответы «скорее нет, чем да», доля которых колебалась от 31 до 36,4%.

Значительная часть (25,2%) врачей считали, что их медицинская организация располагает устаревшим оборудованием для ультразвуковой диагностики. Высказывалась неудовлетворенность и другими составляющими материально-технической базы, относящейся к данному виду диагностики, однако она была не столь частой, первые места занимали недостаток расходных материалов для проведения ультразвуковых исследований, оргтехники, программного обеспечения для внутреннего документооборота,

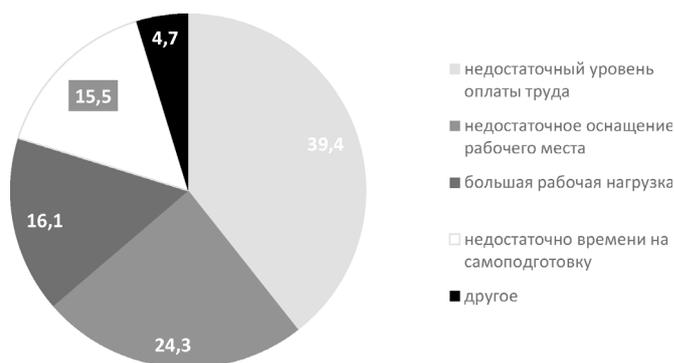


Рис. 1. Мнение врачей ультразвуковой диагностики о своей профессиональной деятельности (в %).



Рис. 2. Распределение врачей ультразвуковой диагностики по причинам неудовлетворенности материально-технической базой медицинской организации (в %).

компьютеров. Отмечались случаи недовольства врачей помещением для рабочего места (рис. 2). На проблемы с ультразвуковым оборудованием чаще обращали внимание врачи, проработавшие по специальности 10—15 и 15—25 лет, на комфортность помещений для работы и современность программного обеспечения для документов — работающие более 25 лет.

Оснащение медицинских организаций аппаратами для ультразвуковой диагностики проводилось в основном в рамках программы по модернизации здравоохранения. Результаты опроса показали, что среди врачей довольно часто (43,6%) бытует мнение о том, что данные мероприятия не повлияли на эффективность деятельности службы ультразвуковой диагностики.

Небольшая доля (20,3%) респондентов согласилась с данной позицией. Следует обратить внимание, что значительная часть (36%) врачей не смогли оценить эффективность проведенных мероприятий. С увеличением стажа увеличивалась доля отрицательных ответов: среди проработавших менее 5 лет — 40,7%, более 25 лет — 54,5% ($p < 0,05$).

Вместе с тем улучшения различной степени материально-технической базы медицинской организации вследствие реализации программ в области здравоохранения отметили 47,3% врачей ультразвуковой диагностики (значительно — 27,2%, незначительно — 20,1%). По мнению 26,6% респондентов,

ситуация не улучшилась. Затруднились с ответом 26,1% опрошенных.

Для оценки работы медицинской организации в области ультразвуковой диагностики представляется важной информация о том, какие материалы инструктивного характера используют врачи в своей работе. По данным опроса, значительная часть из них осуществляют свою работу в соответствии со стандартами, протоколами и нормативными показателями. Значительно реже используются методические рекомендации. Вместе с тем 20,4% респондентов сообщили, что они в своей работе не используют соответствующие материалы (см. таблицу).

Обращались к методическим рекомендациям достоверно чаще лица, проработавшие по данной специальности более 25 лет (72,7%), в остальных группах она колебалась от 24 до 58,6% ($p < 0,05$), к нормативным документам они обращались реже (45,5% против 58,3—72,4% соответственно; $p < 0,05$). Частота использования стандартов и протоколов была высокой, не зависела от стажа и колебалась от 52,4 до 69% и от 56 до 82,8% соответственно. Не использовали перечисленные материалы чаще врачи со стажем менее 5 лет (26,7%), однако различия с другими группами не были достоверными ($p > 0,05$).

Кроме того, только 46,1% врачей ультразвуковой диагностики были знакомы с правовыми нормативными документами, касающимися организации ультразвуковой службы. Отрицательные ответы были зафиксированы в 21,9% случаев, а 30,9% участников исследования не смогли ответить на данный вопрос. Реже всего (25,3%) были знакомы с правовыми нормативными документами лица, имеющие стаж работы по специальности менее 5 лет; 40% не могли ответить на этот вопрос. С возрастом увеличивались доли респондентов, ответивших и положительно, и отрицательно, и уменьшалась доля врачей, затрудняющихся с ответом.

Заключение

Данные литературы свидетельствуют о том, что «социологические исследования в практическом плане представляются важным условием эффективной и адресной политики здравоохранения. Опросы врачей позволяют выявлять проблемные зоны организационного, информационного, технологического характера в работе медицинских учреждений и принимать меры по их устранению» [6, 7]. Сведения, полученные при опросе, позволяют полагать, что ответы врачей ультразвуковой диагностики являлись достаточно компетентными и могли позволить выявить недостатки, резервы и пути улучшения их профессиональной деятельности.

Большинство респондентов были удовлетворены своей деятельностью и работой медицинской орга-

Результаты ответов на вопрос «Какие материалы, относящиеся к ультразвуковой диагностике, Вы используете в своей работе?»

Вариант ответа	На 100 ответивших
Методические рекомендации	41,8
Стандарты	60,7
Протоколы	65,3
Нормативные показатели	62,8
Нет, не использую	20,4

Здоровье и общество

низации в целом и в области ультразвуковой диагностики в частности. Основной причиной неудовлетворительной деятельности их медицинской организации называли состояние материально-технической базы. Многие из них считают, что оснащение аппаратами для ультразвуковой диагностики, прошедшее в соответствии с мероприятиями по модернизации здравоохранения, не повлияло на эффективность деятельности службы.

Для участников опроса наиболее значимыми стимулами в работе служат материальная заинтересованность, уровень материально-технической оснащенности и снижение нагрузки на врачей ультразвуковой диагностики.

Значительная часть врачей осуществляют свою работу в соответствии со стандартами, протоколами и нормативными показателями, реже используются методические рекомендации. Однако не все врачи ультразвуковой диагностики знакомы с правовыми нормативными документами, касающимися организации ультразвуковой службы. В основном это лица, имеющие стаж работы по специальности менее 5 лет.

Проведение социологического опроса среди врачей-специалистов позволяет выявить проблемные зоны организационного характера в работе ультразвуковой службы и предложить обоснованные меры по их устранению.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Баженова Ю. В. Современные аспекты деятельности службы лучевой диагностики в Российской Федерации. *Сибирский медицинский журнал*. 2015;134(3):78—81.
2. Кротов И. А., Руднев А. О. Организация работы отделений ультразвуковой диагностики: состояние и проблемы. В сб.: Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения: Материалы 23-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Рязань; 2019. С. 157—61.

3. Draijer L., Benninga M., Koot B. Pediatric NAFLD: an overview and recent developments in diagnostics and treatment. *Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2019;13(5):447—61.
4. Дегтярев А. Д. Медико-социальная характеристика и основные черты профессиональной деятельности врача-специалиста по ультразвуковой диагностике. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2014;(3). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/569/30/>
5. Щепин В. О. К вопросу о кадровом обеспечении подразделений лучевой диагностики. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;22(5):42—5.
6. Черкасов С. Н., Костикова А. Ю. Удовлетворенность врачей государственных медицинских учреждений. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2017;58(4—3):198—200.
7. Шулекин В. А. Характеристика удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей в современных социально-экономических условиях. *Актуальные научные исследования в современном мире*. 2018;38(6):141—7.

Поступила 18.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Bazhenova Yu. V. Modern aspects of activity of X-ray diagnostic service in Russian Federation *Sibirskij medicinskij zhurnal*. 2015;134(3):78—81 (in Russian).
2. Krotov I. A., Rudnev A. O. Organization of work of department of ultrasound diagnostics: state and problems. In: Social and hygienic monitoring of population health: materials of 23 All-Russian research and practical conference with international participation [Sotsial'no-gigiyenicheskiy monitoring zdorov'ya naseleniya: Materialy 23-y Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem]. Ryazan; 2019. P. 157—61 (in Russian).
3. Draijer L., Benninga M., Koot B. Pediatric NAFLD: an overview and recent developments in diagnostics and treatment. *Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2019;13(5):447—61.
4. Degtyarov A. D. Medical and social characteristic and main features of professional activity of specialist in ultrasound diagnostics. *Sotsialnye aspekty zdorovya naseleniya*. 2014;(3). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/569/30/> (in Russian).
5. Shepin V. O. On the question of staff assistance of department of X-ray diagnostics. *Problemy sotsialnoy gigieny i istorii meditsiny*. 2014;22(5):42—5 (in Russian).
6. Cherkasov S. N., Kostikova A. Yu. Satisfaction of doctors of state medical institutions *Mezhdunarodnyi nauchno-issledovatel'skiy zhurnal*. 2017;58(3—4):198—200 (in Russian).
7. Shulekin V. A. Characteristics of satisfaction with professional activity of doctors in modern social and economic conditions. *Actualnye nauchnye issledovaniya v sovremennom mire*. 2018;38(6):141—7 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2021

УДК 614.2

**Малахова А. Р.¹, Крысанов И. С.¹, Васильева Т. П.¹, Красильникова Е. Ю.¹, Александрова О. Ю.¹, Зинченко Р. А.²,
Куцев С. И.²****СТОИМОСТЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ В Г. МОСКВЕ**¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;²ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н. П. Бочкова», 115522, г. Москва

Спинальные мышечные атрофии — группа нервно-мышечных заболеваний, причиной которых являются мутации в гене SMN1. Клиническая картина при заболевании характеризуется прогрессирующей мышечной слабостью и атрофией, связанными с дегенерацией позвоночника, а в тяжелых случаях — поражением двигательных нейронов нижних бульбарных клеток. Спинальная мышечная атрофия является заболеванием с прогрессирующим течением, приводящим к инвалидизации пациентов и детской смертности. На сегодняшний день специфическое лечение находится в стадии клинических исследований, однако пациенты нуждаются в постоянном симптоматическом купировании проявлений и в патогенетическом лечении, предотвращающем развитие болезни. В исследовании приведены расчеты по прямым медицинским затратам на терапию пациентов детского возраста (0—17 лет) в г. Москве с основными типами заболевания. Установлено, что стоимость специализированной помощи детям на одного несовершеннолетнего пациента в г. Москве составляет 7 131 185,84 руб. в год, включая первичную диагностику, лечение и реабилитацию, медикаментозное лечение лекарственными препаратами. Суммарно по данным на 2020 г. в г. Москве, где количество детей-пациентов составляет 144, стоимость специализированной помощи детям оценивается в 1 024 580 269,16 руб. При этом данные учитывают только прямые медицинские затраты на амбулаторную и стационарную помощь, без учета числа обострений заболевания. При учете среднего количества госпитализаций в год по причинам заболевания стоимость оказания стационарной помощи одному ребенку составит 7 844 304,42 руб. в год и 1 127 018 732,08 руб. для всех детей с спинальной мышечной атрофией в г. Москве (по данным на 2020 г.).

К л ю ч е в ы е с л о в а : спинальная мышечная атрофия; детская специализированная помощь; анализ стоимости лечения.

Для цитирования: Малахова А. Р., Крысанов И. С., Васильева Т. П., Красильникова Е. Ю., Александрова О. Ю., Зинченко Р. А., Куцев С. И. Стоимость специализированной медицинской помощи детям при спинальной мышечной атрофии в г. Москве. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):80—85. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-80-85>

Для корреспонденции: Малахова Александра Романовна, лаборант-исследователь отдела изучения образа жизни и охраны здоровья населения ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: malakhovaar@nrph.ru

**Malakhova A. R.¹, Krysanov I. S.¹, Vasilieva T. P.¹, Krasilnikova E. Yu.¹, Aleksandrova O. Yu.¹, Zinchenko R. A.²,
Kutsev S. I.²****THE COST OF SPECIALIZED MEDICAL CARE OF CHILDREN UNDER SPINAL MUSCULAR ATROPHY IN MOSCOW**¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;²The Federal State Budget Scientific Institution «The Academician N. P. Bochkov Medical Genetic Scientific Center», 115522, Moscow, Russia

The spinal muscular atrophy is neuromuscular disease caused by mutations in SMN1 gene. The clinical picture of disease is characterized by progressive muscular weakness and atrophy associated with degeneration of spine, and in severe cases by affection of motor neurons of lower bulbar cells. The spinal muscular atrophy progressing course resulting in disability and infant mortality. Actually, specific treatment is at the stage of clinical trials. However, patients are needed in permanent symptomatic arresting of manifestations and pathogenetic treatment preventing development of disease. The article presents calculations of direct medical costs for treatment in pediatric patients (0—17 years old) in Moscow with the main types of spinal muscular atrophy. It is established that the cost of specialized medical care of children with spinal muscular atrophy per single under age patient in Moscow consisted 7,131,185.84 rubles annually, including primary diagnostic, treatment and rehabilitation and medicinal treatment. In total, according to data for 2020 in Moscow, where number of children patients is 144, the cost of specialized medical care of children with spinal muscular atrophy is estimated as 1,024,580,269.16 rubles. At that, data takes into account only direct medical costs for out-patient and in-patient care of children with spinal muscular atrophy, excluding number of exacerbations of disease. Taking into account average numbers of hospitalizations per year because of illness, the cost of in-patient care of single child amounts to 7,844,304.42 rubles annually and 1,127,018,732.08 rubles for all children with spinal muscular atrophy in Moscow (according data of 2020).

К e y w o r d s : spinal muscular atrophy; specialized pediatric care; cost analysis.

For citation: Malakhova A. R., Krysanov I. S., Vasilieva T. P., Krasilnikova E. Yu., Aleksandrova O. Yu., Zinchenko R. A., Kutsev S. I. The cost of specialized medical care of children under spinal muscular atrophy in Moscow. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):80—85 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-80-85>

For correspondence: Malakhova A. R., Laboratory Assistant-Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health». e-mail: malakhovaar@nrph.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 08.08.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Спинальные мышечные атрофии (СМА) — группа нервно-мышечных заболеваний, клиническая картина которых и степень тяжести зависят от типа заболевания. Распространенность СМА составляет 1 случай на 6—10 тыс. населения, что позволяет отнести заболевание к редким (орфанным). Выделяется четыре основных типа СМА:

- Тип 1 — болезнь Верднига—Гофманна, возраст дебюта заболевания — 0—6 мес. Характеризуется слабостью, трудностями с контролем держания головы и с глотанием, дыхательной недостаточностью и аспирационной пневмонией. Особенностью данного типа является быстропрогрессирующее течение заболевания, высокая летальность пациентов до 2 лет.
- Тип 2 — хронический инфантильный тип, возраст дебюта заболевания — от 6 до 18 мес. Заболевание проявляется задержкой моторного развития, замедлением набора массы тела, фасцикуляцией языка, арефлексией, тремором рук, контрактурой суставов и сколиозом.
- Тип 3 — болезнь Кугельберга—Веландера, проявляется в раннем детском возрасте и характеризуется мышечной слабостью, фасцикуляцией языка, крампи, контрактурами и гипермобильностью суставов, потерей способности ходить.
- Тип 4, или поздний, — дебютирует в зрелом возрасте и характеризуется прогрессирующей проксимальной мышечной слабостью, снижением сухожильных рефлексов, фасцикуляцией [1].

Развитие СМА связано с геном *SMN* (*SMN1* и *SMN2* копии гена), мутацией в гене *SMN1* в 95% случаев. Существует зависимость тяжести клинического течения СМА от количества копий генов *SMN1* и *SMN2*. Клиническая картина при СМА характеризуется прогрессирующей мышечной слабостью и атрофией, связанными с дегенерацией позвоночника. Классическая проксимальная СМА (Тип 1), наиболее распространенная форма СМА и ведущая генетическая причина детской смертности, обнаруживается практически во всех популяциях, но диагностируется чаще у младенцев и детей, чем у взрослых. Инфантильное начало (≤ 6 мес) является наиболее тяжелой мышечной атрофией позвоночника и является ведущей моногенетической причиной детской смертности [2]. Тяжелая форма СМА была впервые описана в начале 1890-х годов клиницистом Гвидо Верднигом из Грацского университета (Австрия) и врачом Иоганном Хоффманном из Гейдельберга (Германия). Их отчеты содержали описание нервно-мышечного фенотипа заболевания и связанную с ним потерю клетки переднего рога в спинном мозге [3].

СМА является заболеванием с прогрессивным течением, приводящим к инвалидизации пациентов и детской смертности. На сегодняшний день специфическое лечение находится в стадии клинических исследований, однако пациенты нуждаются в посто-

янном симптоматическом купировании проявлений и в патогенетическом лечении, предотвращающем развитие болезни. Учитывая высокую частоту заболевания, возможность клинической и молекулярно-генетической диагностики, существенно снижающие жизнеспособность пациентов, скрининг новорожденных является наиболее эффективным методом выявления больных до начала развития клинических симптомов.

Цель исследования — определение актуальной стоимости ведения пациента детского возраста с СМА в Москве, охватывающей комплекс мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи, включая усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг и действующие тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС в Москве.

Материалы и методы

В ходе исследования использованы материалы из «Стандарта оказания специализированной медицинской помощи детям при спинальных мышечных атрофиях», утвержденного 29 декабря 2012 г. [4], а именно: перечень медицинских услуг, в том числе врачебный прием (осмотр, консультация), лабораторные методы исследования, инструментальные методы исследования, медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением, немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации. Также использованы собственные результаты анкетирования пациентов с различными формами СМА в возрасте до 18 лет, состоящих в благотворительном фонде «Семья СМА». Для расчетов использованы тарифы ОМС по г. Москве от 30 декабря 2019 г. [5].

Расчет затрат на медицинские услуги произведен по формуле:

$$Z_1 = (T/Ч) \times Б,$$

где Z_1 — затраты на оказание одной медицинской услуги в рамках терапии пациентов со СМА, Ч — усредненный показатель частоты предоставления медицинской услуги, Т — стоимость медицинской услуги по тарифному соглашению на оплату медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе ОМС г. Москвы за 2020 г., Б — количество больных в возрасте до 18 лет на территории г. Москвы.

Расчет затрат на лекарственное обеспечение произведен по формуле:

$$Z_2 = Ц(ед.) \times СКД \times Ч,$$

где Z_2 — затраты на лекарственное обеспечение пациентов со СМА; Ц(ед.) — цена за единицу вещества; СКД — средняя курсовая доза; Ч — усредненный показатель частоты предоставления.

В качестве основного метода вычисления стоимости за единицу вещества использовался расчет стоимости единицы вещества из перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) в Государственном реестре предельных отпускных цен [6]. Для расчета стоимо-

сти за единицу вещества препарата, не включенного в перечень ЖНВЛП, проводился анализ стоимости с использованием данных о средневзвешенной цене за единицу товара по г. Москве, взятые из единой информационной системы в сфере закупок [7].

Результаты исследования

Для оценки стоимости ведения пациента со СМА сделана селективная выборка больных в возрасте от 0 до 17 лет с различными типами СМА (за исключением IV типа) в г. Москве ($n=144$, по данным на 2020 г.). Анализ затрат на стационарную помощь детям со СМА проводили в несколько этапов. На первом этапе оценена стоимость диагностических мероприятий при СМА (табл. 1). Для одного пациента в возрасте до 18 лет в г. Москве на прием специалистов, лабораторные и инструментальные методы ис-

следования в диагностических целях требуется 1 672 821,8 руб. в год. Из них 104 182,56 руб. необходимы для первичного приема у специалистов, 1 199 080,08 руб. требуются для лабораторных методов исследования и 369 559,15 руб. — для инструментальных методов исследования. Всего из расчета на 144 пациента в возрасте до 18 лет в г. Москве (по данным на 2020 г.) общая сумма затрат на медицинские мероприятия для диагностики заболевания составляет 240 886 338,05 руб. в год.

На втором этапе (табл. 2) проанализирована стоимость лечения СМА для детей из расчета на 2020 г. Стоимость повторных приемов у специалистов с учетом усредненных показателей частоты и кратности предоставления услуг составляет 560 349,07 руб. на одного пациента в год. Лабораторная диагностика с учетом тех же показателей обходится в

Таблица 1

Затраты на диагностические мероприятия при СМА у детей до 18 лет в г. Москве, по данным на 2020 г.

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель предоставления	Усредненный показатель кратности применения	Затраты на одного пациента в год, руб.
Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния			
<i>Прием (осмотр, консультация) врача-специалиста</i>			
Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	0,6	1	42 687,65
Прием (осмотр, консультация) врача детского кардиолога первичный	0,3	1	11 236,32
Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	1	1	16 084,80
Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	0,6	1	12 335,33
Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	0,6	1	12 152,16
Прием (осмотр, консультация) врача травматолога-ортопеда первичный	0,6	1	9686,30
Итого...			104 182,56
<i>Лабораторные методы исследования</i>			
Морфологическое исследование препарата мышечной ткани	0,3	1	31 353,26
Исследование уровня лактатдегидрогеназы в крови	0,9	1	13 571,71
Исследование уровня креатинкиназы в крови	1	1	15 079,68
Исследование уровня сывороточных иммуноглобулинов в крови	0,3	1	8404,78
Исследование уровня циркулирующих иммунных комплексов в крови	0,3	1	6521,47
Исследование уровня аминокислотного состава и концентрации аминокислот в крови	0,05	1	1185,19
Исследование уровня молочной кислоты в крови	0,05	1	793,30
Исследование уровня пировиноградной кислоты в крови*	0,05	1	38 049,91
Микроскопическое исследование отделяемого из ротоглотки	0,1	1	3590,35
Исследование отделяемого из полости рта на чувствительность к антибактериальным и противогрибковым препаратам	0,1	1	5817,24
Микроскопическое исследование нативного и окрашенного препарата мокроты	0,1	1	3382,70
Исследование кала на гельминты	1	1	21 886,56
Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов	1	1	49 528,80
Цитогенетическое исследование (кариотип)	0,3	1	39 091,68
Идентификация генов*	0,5	1	799 200,00
Исследование ревматоидных факторов в крови	0,3	1	9568,80
Проведение глюкозотолерантного теста	0,05	1	429,12
Анализ крови общий (клинический) развернутый	1	1	34 601,04
Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1	85 187,52
Анализ мочи общий	1	1	31 836,96
Итого...			1 199 080,08
<i>Инструментальные методы исследования</i>			
Электромиография игольчатая	0,8	1	37 798,272
Электромиография накожная одной анатомической зоны	0,8	1	33 126,912
Электронейромиография стимуляционная одного нерва	0,8	1	137 088,0
Электронейромиография игольчатыми электродами (один нерв)*	0,8	1	120 960,0
Регистрация электрокардиограммы*	0,9	1	3946,32
Магнитно-резонансная томография спинного мозга (один отдел)	0,2	1	36 639,648
Итого...			369 559,15
Итого по разделу...			1 672 821,8

Примечание. Здесь и в табл. 2: *услуга не входит в Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе ОМС г. Москвы за 2020 г.

Стоимость лечения и реабилитации пациентов со СМА в возрасте до 18 лет, по данным на 2020 г.

Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения	Стоимость лечения одного пациента в год, руб.
Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением			
<i>Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста</i>			
Прием (осмотр, консультация) врача-генетика повторный	0,3	1	21 343,82
Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	0,2	1	4997,38
Ежедневный осмотр врачом-неврологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	1	20	502 416,00
Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра повторный	0,5	2	18 429,12
Прием (осмотр, консультация) врача травматолога-ортопеда повторный	0,5	1	4023,36
Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта	0,4	1	9139,39
И т о г о...			560 349,07
Лабораторные методы исследования			
Исследование уровня лактатдегидрогеназы в крови	0,1	1	1507,97
Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови	0,1	1	779,62
Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови	0,1	1	779,62
Исследование уровня креатинкиназы в крови	0,4	1	3118,46
Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	3	103 805,28
Анализ крови биохимический общетерапевтический	1	1	85 187,52
Анализ мочи общий	1	3	95 510,88
И т о г о...			290689,34
Инструментальные методы исследования			
Эхокардиография	0,2	1	36 639,65
Электромиография игольчатая	0,8	1	37 798,27
Электромиография накожная одной анатомической зоны	0,8	1	33 126,91
Электронейромиография стимуляционная одного нерва	0,8	1	137 088,00
Электронейромиография игольчатыми электродами (один нерв)*	0,8	1	120 960,00
Холтеровское мониторирование сердечного ритма (ХМ-ЭКГ)*	0,05	1	3818,02
Рентгенография позвоночника, специальные исследования и проекции	0,2	1	8701,34
Рентгенография позвоночника в динамике	0,2	1	12 803,62
Рентгенография позвоночника вертикальная	0,1	1	3245,18
Функциональное тестирование легких	0,2	1	664,99
И т о г о...			394 845,98
Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации			
<i>Инструментальные методы исследования</i>			
Упражнения для укрепления мышц диафрагмы	0,5	10	47 289,60
Лечебная гимнастика при заболеваниях и травмах центральной нервной системы у детей	1	10	112 420,80
Респираторная терапия	0,1	1	3 988 857,46
Массаж при заболеваниях периферической нервной системы	0,5	10	47 743,20
И т о г о...			4 196 311,06
И т о г о по разделу...			5 442 195,46

290 689,34 руб. в год на одного пациента, инструментальные методы диагностики — в 394 845,98 руб. Немедикаментозные методы профилактики, лечения и реабилитации являются наиболее затратными и составляют 4 196 311,06 руб. в год на одного пациента. Суммарно из расчета на 144 пациента в возрасте до 18 лет в г. Москве (по данным на 2020 г.) стоимость лечения и реабилитации составляет 783 676 145,66 руб. в год.

На третьем этапе рассчитана полная стоимость лечения в стационаре для детей со СМА в г. Москве, по данным на 2020 г. По результатам анкетирования родителей детей-пациентов в возрасте до 18 лет, среднее количество госпитализаций на одного ребенка по причинам заболевания составляет 1,1 в год. При этом у 50% опрошенных родителей не было случаев госпитализации их детей за последний год. Следовательно, исходя из стандартов оказания специализированной медицинской помощи детям со СМА,

с учетом среднего количества госпитализаций на одного пациента-ребенка в год, суммарная стоимость лечения и реабилитации 144 пациентов в возрасте от 0 до 17 лет в г. Москве, по данным на 2020 г., составляет 1 127 018 732,08 руб. в год.

Анализ стоимости лекарственных препаратов приведен на четвертом этапе исследования (табл. 3). Для расчетов были использованы данные о средневзвешенной цене за единицу вещества по г. Москве, помноженные на усредненный показатель частоты предоставления. Таким образом, суммарная стоимость лекарственных препаратов для одного пациента в возрасте до 18 лет по РФ составляет 17 785,45 руб. в год (с учетом НДС), а стоимость для всех пациентов в г. Москве в возрасте до 18 лет составила 2 561 104,39 руб. (с НДС). С учетом среднего количества госпитализаций детей-пациентов со СМА в год ежегодная стоимость составляет 2 817 214,83 руб. в год.

Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения при лечении СМА, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних курсовых доз и их стоимости

Анатомо-терапевтическо-химическая классификация	Наименование лекарственного препарата	Усредненный показатель частоты предоставления	Единица измерения	СКД	Цена за единицу вещества**	Цена за курс без НДС	Цена за курс с НДС
Соединения алюминия	Алюминия фосфат	0,4	мг	401,6	1,11	178,31	196,14
Витамин А	Ретинол	1	МЕ	105 000	0,00	1,64	1,81
Витамин В ₁	Кокарбоксилаза	0,4	мг	1050	0,50	210,00	231,00
Аскорбиновая кислота (витамин С)	Аскорбиновая кислота	1	мг	1050	0,03	35,74	39,32
Другие витаминные препараты	Витамин Е	1	мг	2100	0,01	28,14	30,95
Производные андростана	Пиридоксин	0,5	мг	630	0,03	9,26	10,19
Производные эстрогена	Нандролон	1	мг	50	4,01	200,53	220,58
Аминокислоты и их производные	Левокарнитин	1	мг	10 500	0,06	599,55	659,51
Растворы электролитов	Магния сульфат	0,4	мг	7125	0,30	855,00	940,50
Прочие гематологические средства	Актовегин	0,4	мг	12 600	0,76	3812,76	4194,04
Другие препараты для лечения заболеваний сердца	Инозин	0,8	мг	4200	0,10	351,12	386,23
Биофлавоноиды	Аскорбиновая кислота + Рутозид	0,4	мг	1000+100	0,01	4,48	4,93
Ингибиторы АПФ*		0,1				4179,80	4597,78
	Каптоприл		мг	2100	0,43		
	Эналаприлат		мг	840	98,44		
Никотиновая кислота и ее производные	Никотиновая кислота	0,8	мг	6300	0,24	1199,52	1319,47
Прочие дерматологические препараты	Солкосерил	0,9	мл	84	2,04	154,22	169,65
Глюкокортикоиды	Преднизолон	0,2	мг	450	0,10	8,86	9,74
Другие психостимуляторы и ноотропные препараты*		1				1040,65	1144,72
	Гопантевая кислота		мг	42 000	0,03		
	Мозга крупного рогатого скота гидролизат		мл	60	31,45		
	Пирацетам		мг	12 600	0,00		
Антихолинэстеразные средства	Галантамин	0,8	мл	63	32,90	1658,16	1823,98
Другие парасимпатомиметики	Холина альфосцерат	0,8	мг	25 200	0,08	1600,20	1760,22
Препараты для устранения головокружения	Циннаризин						
		0,4	мг	1050	0,02	9,74	10,72
Ингибиторы карбоангидразы	Ацетазоламид	0,4	мг	3000	0,03	30,89	33,98
И т о г о...						16 168,59	17 785,45

Примечание. *Цена рассчитана методом вычисления среднего числа от стоимости за курс лечения; **средневзвешенная цена за ед. по г. Москве (без НДС).

Обсуждение

Количество пациентов со СМА увеличивается с каждым годом. Это объясняется естественным демографическим процессом и увеличением продолжительности жизни пациентов, связанным с появлением новых препаратов на рынке лекарственных средств. В настоящее время ведется пересмотр Стандартов по оказанию специализированной медицинской помощи пациентам со СМА с учетом новых медикаментозных инноваций. В дальнейшем, если эффективность новых препаратов будет доказана, то возможность передачи заболевания по наследству увеличится, что будет связано с повышением качества жизни с поправкой на здоровье среди родителей-пациентов с СМА. В связи с этим потребность в введении неонатального скрининга станет особенно актуальной в ближайшие годы.

Выводы

1. Выполнен расчет затрат на специализированную медицинскую помощь для детей в г. Москве с учетом тарифов ОМС 2020 г. — 7 844 304,42 руб. на одного ребенка в год и 1 129 835 946,92 руб. для всех 144 пациентов-детей в год.

2. Выявлено, что лечение СМА 1-го, 2-го и 3-го типов требует высоких затрат для детского населения; это заболевание является существенной при-

чиной инвалидизации пациентов и детской смертности.

3. Выполнен расчет ежегодных затрат на медикаментозное лечение СМА с учетом средневзвешенной стоимости за единицу в г. Москве: 17 785,45 руб. в год (с учетом НДС) для одного пациента в возрасте до 18 лет, а для всех пациентов в г. Москве — 2 561 104,39 руб. (с НДС). С учетом среднего количества госпитализаций детей-пациентов с СМА в год, ежегодная стоимость составляет 2 817 214,83 руб. в год.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Смирнова Н. С. Практический справочник пациента по правовым основам оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения больных спинальной мышечной атрофией. М.: Проспект; 2020. 168 с.
- Treatment of Patients with Infantile-Onset and Later-Onset Spinal Muscular Atrophy in Sweden. *PharmacoEconomics*. 2019;37:845—65. doi: 10.1007/s40273-019-00769-6
- Darras B. T. Spinal muscular atrophies. *Pediatr. Clin. N. Am.* 2015;62:743—66. doi: 10.1016/j.pcl.2015.03.010
- Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1691н «Стандарт специализированной медицинской помощи детям при спинальных мышечных атрофиях». Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499002238> (дата обращения 08.09.2020).
- Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе обязательного меди-

Здоровье и общество

- цинского страхования города Москвы за 2020 год. Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/499002238> (дата обращения 08.09.2020).
6. Государственный реестр предельных отпускных цен. Режим доступа: <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx> (дата обращения 08.09.2020).
7. Портал Государственных закупок РФ. Режим доступа: <https://zakupki.gov.ru/epz/main/public/home.html> (дата обращения 08.09.2020).

Поступила 08.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Smirnova N. S. Practical patient guide on the legal basis for the provision of medical care and drug provision of patients with spinal muscular atrophy [*Prakticheskiy spravochnik patsiyenta po pravovym osnovam okazaniya meditsinskoj pomoshchi i lekarstvennogo obespecheniya bol'nykh spinal'noy myshechnoy atrofiyey*]. Moscow: Prospect; 2020. 168 p. (in Russian).
2. Treatment of Patients with Infantile-Onset and Later-Onset Spinal Muscular Atrophy in Sweden. *PharmacoEconomics*. 2019;37:845—65. doi: 10.1007/s40273-019-00769-6
3. Darras B. T. Spinal muscular atrophies. *Pediatr. Clin. N. Am.* 2015;62:743—66. doi: 10.1016/j.pcl.2015.03.010
4. Appendix to the order of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 29, 2012 N 1691n Standard of specialized medical care for children with spinal muscular atrophy. CNTD.ru: Electronic fund of legal and normative-technical documentation. Available at: <http://docs.cntd.ru/document/499002238> (accessed 09.08.2020) (in Russian).
5. Tariff agreement for payment of medical care provided under the territorial program of compulsory medical insurance of the city of Moscow for 2020. CNTD.ru: Electronic fund of legal and normative-technical documentation. Available at: <http://docs.cntd.ru/document/499002238> (accessed 09.08.2020) (in Russian).
6. State register of maximum selling prices. GRLS.ru: State Register of Medicines. Available at: <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx> (accessed 09.08.2020) (in Russian).
7. Portal of the Government Procurement of the Russian Federation. Zakupki.gov.ru: Unified information system in the field of procurement. Available at: <https://zakupki.gov.ru/epz/main/public/home.html> (accessed 09.08.2020) (in Russian).

Золотарев П. Н., Сеницына А. В., Курнакина Н. В.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РАЙОНАХ С НИЗКИМ УРОВНЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Частное учреждение образовательная организация высшего образования «Медицинский университет «Реавиз», 443001, г. Самара

Эпидемиологическое стоматологическое обследование является основой для оценки стоматологического статуса населения и его потребностей в стоматологической помощи. Первое национальное эпидемиологическое обследование в РФ было проведено в 1996—1998 гг., второе — спустя 9 лет и включало 47 регионов РФ. При этом Кировская область не вошла ни в первое, ни во второе национальное эпидемиологическое обследование. Целью настоящего исследования стала оценка состояния стоматологического здоровья жителей ряда районов Кировской области на основании эпидемиологического стоматологического обследования взрослого населения.

В ходе исследования было установлено, что группами, которые требуют повышенного эпидемиологического внимания, оказались пенсионеры, сельхозработники и жители, проживающие в населенных пунктах сельского типа. Полученные данные свидетельствуют о недостаточно эффективном оказании стоматологической помощи взрослому населению данных групп в Кировской области.

Авторы работы считают, что стратегия организации стоматологической помощи в Кировской области должна быть направлена на разработку комплексных медико-социальных программ по своевременному выявлению и лечению кариозного поражения зубов, повышению внимания специалистов к профилактике и лечению заболеваний пародонта у населения проблемных групп.

К л ю ч е в ы е с л о в а : эпидемиологическое стоматологическое обследование; взрослое население; эффективность стоматологической помощи; кариес; стоматологическое здоровье.

Для цитирования: Золотарев П. Н., Сеницына А. В., Курнакина Н. В. Оценка состояния стоматологического здоровья взрослого населения в районах с низким уровнем стоматологической помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):86—89. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-86-89>

Для корреспонденции: Золотарев Павел Николаевич, д-р мед. наук, доцент, проректор по лечебной работе Медицинского университета «Реавиз», г. Самара, e-mail: zolotareff@list.ru

Zolotarev P. N., Sinitsyna A. V., Kurnakina N. V.

THE EVALUATION OF ACTUAL STATUS OF STOMATOLOGICAL HEALTH OF ADULT POPULATION IN DISTRICTS WITH LOWER LEVEL OF STOMATOLOGICAL CARE

The Private Institution Educational Organization of Higher Education “The Medical University ‘Reaviz’”, 443001, Samara, Russia

The epidemiological stomatological examination is the basis of assessing stomatological status of population and its needs for dental care. The first national epidemiological survey in the Russian Federation was carried out in 1996—1998. The second survey was conducted nine years later and covered 47 subjects of the Russian Federation. At that, the Kirov Oblast was not included in both national epidemiological surveys.

The purpose of the study was to assess the state of stomatological health of residents of certain districts of Kirov Oblast. The assessment was based on epidemiological stomatological examination of adult population.

It was established that the retired, agricultural workers and residents of rural settlements require increased epidemiological attention. The adult population from the mentioned groups in the Kirov Oblast is provided with ineffective stomatological care.

The strategy of organization of stomatological care in the Kirov Oblast is be targeted to development of complex medical social programs of timely detection and treatment of caries, increasing of attention of medical specialists to prevention and treatment of periodontal diseases in population of problematic groups.

К е у о р д с : epidemiological stomatological examination; adult population; effectiveness; stomatological care; caries; stomatological health.

For citation: Zolotarev P. N., Sinitsyna A. V., Kurnakina N. V. The evaluation of actual status of stomatological health of adult population in districts with lower level of stomatological care. *Problemi socialnoi gigieni, zdavookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):86—89 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-86-89>

For correspondence: Zolotarev P. N., doctor of medical sciences, associate professor, vice-rector of Medical Work of the Private Institution Educational Organization of Higher Education «The Medical University «Reaviz»». e-mail: zolotareff@list.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 06.07.2020
Accepted 29.10.2020**Введение**

Современное здравоохранение постоянно находится в состоянии поиска средств и методов для оптимальной организации оказания медицинской помощи населению. В последние десятилетия активно происходит процесс интеграции отечественной медицины в мировое сообщество [1, 2].

Эпидемиологическое стоматологическое обследование представляет основу для оценки стоматологического статуса населения и его потребностей в стоматологической помощи. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) проводит постоянную работу по совершенствованию методологии проведения эпидемиологических обследований, включаю-

Здоровье и общество

щей описание диагностических критериев, которые можно легко применять в общественных программах здравоохранения по всему миру [3—5].

Проведение обследования в соответствии с предложенными ВОЗ критериями позволяет получить сопоставимые результаты и обобщать измеримые цели для совершенствования стоматологического здоровья населения, в том числе для составления профилактических программ на коммунальном уровне и внесения коррективов в программы подготовки специалистов стоматологического профиля в образовательных учреждениях. Научно обоснованное планирование работы в рамках реформирования и совершенствования стоматологической службы России позволит совершенствовать такие важные для населения аспекты оказания помощи, как ее качество и доступность, в том числе для отдельных слоев населения [3, 5, 6].

Первое национальное эпидемиологическое обследование было проведено в 1996—1998 гг. на территории РФ под руководством профессора Э. М. Кузьминой, второе — спустя 9 лет, оно включало 47 регионов РФ. При этом Кировская область не вошла ни в первое, ни во второе национальное эпидемиологическое обследование [7, 8].

Настоящее исследование позволит объективно оценить качество стоматологической помощи взрослому населению Кировской области, а также выявить потребность в различных видах лечения и профилактики стоматологических заболеваний. Потребности в лечении должны послужить основой для планирования стоматологической помощи населению в этом регионе, а также дополнить национальный банк данных по стоматологической заболеваемости населения России.

Цель работы — на основании эпидемиологического стоматологического обследования взрослого населения ряда районов Кировской области провести оценку состояния стоматологического здоровья жителей региона.

Материалы и методы

Эпидемиологическое обследование населения было проведено в 2019 г. в Кировской области. В группу исследования вошли пациенты в возрасте 35—44 лет. Данная возрастная группа является стандартной для оценки стоматологического здоровья взрослого населения. Обследование этой группы позволяет оценить картину стоматологической заболеваемости взрослого населения в целом [5]. Всего в исследовании приняли участие 227 человек. Респонденты проживали на территории городских округов и в сельских районах.

Географией исследования выступила Кировская область, а именно — город Киров и наиболее крупные города региона. Распределение же пациентов между г. Киров и областными районными центрами выглядело следующим образом: г. Киров ($n=50$), Кирово-Чепецкий район ($n=27$), Слободской район ($n=50$), Омутнинский район ($n=50$), Уржумский район ($n=50$).

Всем пациентам был проведен стоматологический осмотр ротовой полости с соблюдением санитарно-эпидемиологических норм и правил, а также в рамках нормативно-правовых документов, регламентирующих организацию и проведение медицинских осмотров. Регистрация осмотров полости рта проводилась с помощью стандартизированных карт, рекомендованных ВОЗ. Для заполнения всех разделов карт использовали стандартные коды [5, 7, 8].

При формировании выборки использовали принцип стратифицированного подхода к отбору индексных возрастов и стандартной выборки в каждом пункте исследования. Данный метод рекомендуется для основных стоматологических обследований, необходимых для разработки и реализации стоматологических программ [9].

По результатам оценки состояния твердых тканей зубов определяли показатели, характеризующие поражение зубов: K — количество зубов, пораженных кариесом, $П$ — количество пломбированных зубов, $У$ — количество зубов, удаленных вследствие осложнений кариеса, $КПУ$ — индекс интенсивности кариеса постоянных зубов. $КПУ$ рассчитывали путем суммы показателей $K+П+У$.

При изучении состояния тканей пародонта изучали показатели «здоровый пародонт», «кровоточивость десен», «зубной камень», «пародонтальный карман 4—5 мм», «пародонтальный карман >6 мм» [5].

В дальнейшем приводилась взаимосвязь показателей оценки состояния твердых тканей зубов и тканей пародонта с родом деятельности пациентов, местом их жительства, городом проживания, а также их полом.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью компьютерных программ Microsoft Access и Microsoft Excel, а также статистической программы R (R — язык программирования для статистической обработки данных и работы с графикой).

Результаты исследования

При изучении показателей, характеризующих поражение твердых тканей зубов (K , $П$, $У$, $КПУ$) у лиц 35—44 лет в зависимости от рода деятельности было установлено, что в группе рабочих ($n=203$, средний возраст 38,8 года) кариес встречался достоверно реже, чем среди пенсионеров ($n=17$, средний возраст 38,9 года) и сельхозработников ($n=7$, средний возраст 44 года; $p<0,05$). Количество пломб у этой категории было в несколько раз выше, и показатель составил $6,14\pm 0,31$ (у пенсионеров — $1,00\pm 0,46$; $p<0,01$; у сельхозработников — $1,86\pm 0,68$; $p<0,01$). Удаленных зубов, напротив, в группе рабочих было меньше — $4,92\pm 0,31$ (у пенсионеров — $11,12\pm 1,76$; $p<0,01$; у сельхозработников — $7,43\pm 0,96$; $p=0,03$). Между категориями пенсионеров и сельхозработников существенных различий обнаружено не было ($p\geq 0,05$; табл. 1).

Оценка сравнения показателей среди жителей городского округа и сельских районов показала, что у жителей городского округа ($n=160$, средний возраст

Таблица 1

Показатели, характеризующие поражение зубов в зависимости от рода деятельности ($M \pm m$)

Род деятельности	Показатель, абс. ед.			
	К	П	У	КПУ
Рабочий	3,70 ± 0,25	6,14 ± 0,31	4,92 ± 0,31	14,76 ± 0,43
Пенсионер	6,53 ± 0,91	1,00 ± 0,46	11,12 ± 1,76	18,61 ± 1,80
Сельхозработник	5,41 ± 2,44	1,86 ± 0,68	7,43 ± 0,96	14,70 ± 1,82

38,8 года) отмечалось более благоприятное соотношение показателей КПУ по сравнению с жителями сельских районов ($n=67$, средний возраст 39,1 года). У городских жителей значимо преобладал компонент П ($p=0,01$) и было существенно меньше удаленных зубов ($p=0,003$). Иных статистически достоверных различий не выявлено (табл. 2).

При анализе показателей, характеризующих поражение зубов в зависимости от города проживания пациента, наилучшая ситуация отмечена в областном центре (г. Киров): минимальное количество удаленных зубов и зубов с нелеченым кариесом, а также максимальные значения показателя П по сравнению с другими городами. Хуже всего ситуация с показателями кариозного процесса в г. Слободской, где показатель У составил $8,02 \pm 1,03$, что в 2 раза выше, чем в г. Киров, а количество зубов с пролеченным кариесом — в 2 раза меньше ($p < 0,05$; табл. 3).

Следует подчеркнуть важность анализа индекса КПУ. Так, значение этого показателя в г. Кирове составило $15,62 \pm 0,90$, а в г. Слободской — $16,66 \pm 1,03$ ($p=0,64$), при этом между всеми компонентами были выявлены достоверные различия с уровнем значимости ($p < 0,01$). Самый низкий уровень КПУ отмечен в г. Кирово-Чепецк. В этом городе также отмечено неблагоприятное соотношение в виде преобладания компонентов У и К над компонентом П.

Соотношение компонентов с преобладанием леченого кариеса над количеством удаленных зубов и зубов с нелеченым кариесом отмечено только в г. Киров и в г. Уржум ($p < 0,05$).

Анализ показателей, характеризующих поражение зубов в зависимости от пола пациентов, не показал достоверных различий ($p \geq 0,07$).

При изучении показателей, характеризующих состояние пародонта у лиц 35—44 лет в зависимости от пола и места жительства, установлено, что количество зубов без признаков поражения пародонта было выше у женщин, чем у мужчин ($10,59 \pm 0,79$ и $7,25 \pm 1,32$; $p=0,015$), у городских жителей по сравнению с сельскими ($11,34 \pm 0,83$ и $5,97 \pm 1,08$; $p < 0,001$). Также оценка состояния пародонта показала, что

Таблица 2

Показатели, характеризующие поражение зубов у лиц 35—44 лет в зависимости от места жительства ($M \pm m$)

Место жительства	Показатель, абс. ед.			
	К	П	У	КПУ
Город	3,73 ± 0,30	6,27 ± 0,38	4,63 ± 0,33	14,52 ± 0,46
Село	4,49 ± 0,44	4,32 ± 0,44	7,61 ± 0,83	16,33 ± 0,85

Таблица 3

Показатели, характеризующие поражение зубов у пациентов в зависимости от города проживания ($M \pm m$)

Город	Показатель, абс. ед.			
	К	П	У	КПУ
Киров	3,01 ± 0,53	8,66 ± 0,67	3,96 ± 0,46	15,62 ± 0,90
Кирово-Чепецк	4,41 ± 0,53	3,0 ± 0,53	5,22 ± 0,94	12,63 ± 1,13
Уржум	3,72 ± 0,49	6,70 ± 0,58	5,06 ± 0,73	15,48 ± 0,82
Слободской	4,76 ± 0,53	3,88 ± 0,50	8,02 ± 1,03	16,66 ± 1,03
Омутнинск	4,08 ± 0,61	4,68 ± 0,65	4,92 ± 0,56	13,68 ± 0,73
В среднем	3,95 ± 0,25	5,63 ± 0,30	5,46 ± 0,35	15,04 ± 0,41

зубной камень чаще встречался среди сельских жителей ($16,27 \pm 1,22$), нежели у городских ($12,12 \pm 0,81$; $p=0,004$). Оценка пародонтальных карманов показала аналогичную ситуацию. Установлено, что данная патология пародонта чаще встречается у сельских жителей ($6,21 \pm 0,49$), чем у городских ($4,78 \pm 0,76$; $p=0,045$). Иных статистически достоверных различий в данных группах выявлено не было ($p \geq 0,05$).

Состояние пародонта в разных городах проживания пациентов было более благоприятным у жителей г. Кирова, где выявлено максимальное количество людей без признаков поражения пародонта и минимальное — с тяжелым поражением в виде формирования пародонтальных карманов глубиной более 6 мм ($p=0,017$), что аналогично ситуации с кариозным процессом. Близкая к этому ситуация отмечена в г. Омутнинске, где тоже относительно высок процент здоровых лиц и небольшое количество людей с глубокими пародонтальными карманами ($p < 0,05$). В городах Слободском, Уржуме и Кирово-Чепецке ситуация значительно хуже. В этих городах выявлено минимальное количество пациентов без признаков поражения пародонта, причем в структуре заболеваемости преобладают более тяжелые изменения в виде пародонтальных карманов, в том числе глубиной более 6 мм ($p < 0,05$). Информация, отражающая среднее количество здоровых зубов и зубов с признаками поражения тканей пародонта, представлена в табл. 4.

Анализ показателей, характеризующих состояние пародонта в зависимости от рода деятельности пациентов, не представил достоверных различий ($p \geq 0,05$).

Таблица 4

Показатели, характеризующие состояние пародонта у пациентов в зависимости от города проживания ($M \pm m$)

Город	Показатель, абс. ед.				
	здоровый пародонт	кровоточивость десен	зубной камень	карман 4—5 мм	карман 6 мм и более
Киров	16,48 ± 1,45	1,24 ± 0,35	9,22 ± 1,30	4,54 ± 0,72	0,48 ± 0,27
Кирово-Чепецк	4,3 ± 1,53	0,0 ± 0,04	21,7 ± 1,69	5,3 ± 1,03	3,2 ± 1,32
Уржум	10,00 ± 1,29	1,28 ± 0,32	12,48 ± 1,19	8,00 ± 0,87	4,22 ± 0,79
Слободской	3,86 ± 0,99	0,56 ± 0,36	18,48 ± 1,39	3,46 ± 0,70	2,18 ± 0,54
Омутнинск	11,6 ± 1,56	4,0 ± 0,97	8,7 ± 1,39	7,4 ± 1,12	1,2 ± 0,52
В среднем	9,86 ± 0,68	1,56 ± 0,26	13,34 ± 0,68	5,78 ± 0,41	2,16 ± 0,30

Заключение

В ходе проведенного исследования впервые была осуществлена оценка состояния стоматологического здоровья взрослого населения ряда районов Кировской области. В рамках оценки были изучены показатели состояния твердых и мягких тканей зубов.

При оценке показателей состояния твердых тканей зубов установлено, что лучшая картина стоматологического здоровья отмечается среди рабочих ($P=6,14\pm 0,31$), жителей городов ($P=6,27\pm 0,38$) и конкретно г. Кирова ($P=8,66\pm 0,67$), где отмечены наиболее высокие значения показателя P и наиболее низкие значения показателей K и $У$.

Худшая картина стоматологического здоровья выявлена среди пенсионеров ($K=6,53\pm 0,91$; $У=11,12\pm 1,76$) и сельскохозяйственных работников ($K=5,41\pm 2,44$ и $У=7,43\pm 0,96$), а также среди жителей г. Слободского ($K=4,76\pm 0,53$ и $У=8,02\pm 1,03$), у которых выявлено наибольшее количество зубов, пораженных кариесом и удаленных вследствие осложненного кариеса.

Оценка показателей состояния пародонта позволила заключить, что наихудшая ситуация сложилась среди пациентов мужского пола (здоровый пародонт — $7,25\pm 1,32$), жителей сельских районов (здоровый пародонт — $5,97\pm 1,08$), а также среди жителей ряда городов, исключая г. Киров. У данных пациентов наиболее низкие показатели здорового пародонта и наиболее высокие показатели, характеризующие патологические проявления со стороны мягких тканей зуба.

Таким образом, на основании стоматологического обследования установлено, что группами, которые требуют повышенного эпидемиологического внимания, оказались пенсионеры, сельскохозяйственные работники и жители, проживающие в населенных пунктах сельского типа. Описанные выше данные свидетельствуют о недостаточно эффективном оказании стоматологической помощи взрослому населению данных групп в Кировской области.

Из полученных выводов следует, что стратегия организации стоматологической помощи в Кировской области должна быть направлена на разработку комплексных медико-социальных программ по своевременному выявлению и лечению кариозного поражения зубов, повышение внимания специалистов к профилактике и лечению заболеваний пародонта у населения проблемных групп.

При этом обращает на себя внимание, что подобные программы должны иметь четкий структурный подход, разработанный под жителей конкретного города и с учетом имеющихся индивидуальных проблем населения данного района. Программы должны не только предусматривать меры, нацеленные на оказание качественной и доступной медицинской помощи, но и быть ориентированы на гендерные, возрастные особенности населения, а также на специфику рода деятельности пациентов.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Акулин И. М., Мироненко О. В. Роль Всемирной организации здравоохранения в реализации стратегии развития лабораторных служб Азиатско-Тихоокеанских стран. *Вестник медицинского института «Реавиз»*. 2017;(4С):24—8.
2. Золотарев П. Н. Организация системы менеджмента качества в медицинских организациях с помощью лабораторных информационных систем. *Вестник медицинского института «Реавиз»*. 2017;(1):105—9.
3. Аврамова О. Г. Улучшение стоматологического здоровья населения России как результат приоритета профилактики, диспансеризации и воспитания здорового образа жизни. *Стоматология*. 2016;(6—2):81—2.
4. Вагнер В. Д., Булычева Е. А. Качество стоматологической помощи: характеристики и критерии. *Стоматология*. 2017;(1):23—4.
5. Кузьмина Э. М. Роль деятельности ВОЗ в оценке здоровья полости рта населения на основе мониторинга стоматологической заболеваемости. *Dental forum*. 2015;56 (1):2—4.
6. Вагнер В. Д., Шевченко О. В., Филимонова Л. Б. Профилактика стоматологических заболеваний и ее законодательное и нормативное правовое обеспечение. *Стоматология*. 2016;6(2):119—21.
7. Громова С. Н., Синицына А. В. Оценка уровня стоматологического здоровья 12- и 15-летних школьников г. Кирова по критериям ВОЗ. *Вятский медицинский вестник*. 2015;(2):37—40.
8. Громова С. Н., Хаммадеева А. М., Синицына А. В., Гаврилова Т. А. Стоматологическая заболеваемость детского населения школьного возраста в Кировской области. *Стоматология детского возраста и профилактика*. 2016;(1):72—6.
9. Синицына А. В., Золотарев П. Н. Информационная программа обучения профилактике стоматологических заболеваний для районов с низким уровнем стоматологической помощи. Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2020611299, 29.01.2020. Заявка № 2020610268 от 17.01.2020.

Поступила 06.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Akulin I. M., Mironenko O. V. The role of the world health organization in the implementation of the strategy for the development of laboratory services in Asia-Pacific countries. *Vestnik medicinskogo instituta «Reaviz»*. 2017;(4C):24—8 (in Russian).
2. Zolotarev P. N. Organization of quality management system in medical organizations using laboratory information systems. *Vestnik medicinskogo instituta «Reaviz»*. 2017;(1):105—9 (in Russian).
3. Avraamova O. G. Improving the dental health of the population of Russia as a result of the priority of prevention, medical examination and the education of a healthy lifestyle. *Stomatologiya*. 2016;(6—2):81—2 (in Russian).
4. Wagner V. D., Bulychyeva E. A. Quality of dental care: characteristics and criteria. *Stomatologiya*. 2017;(1):23—4 (in Russian).
5. Kuzmina E. M. The role of WHO's activities in assessing the health of the oral cavity of the population based on monitoring of dental morbidity. *Dental forum*. 2015;56(1):2—4 (in Russian).
6. Wagner V. D., Shevchenko O. V., Filimonova L. B. Prevention of dental diseases and its legislative and regulatory legal support. *Stomatologiya*. 2016;6(2):119—21 (in Russian).
7. Gromova S. N., Sinitsyna A. V. Assessment of the level of dental health of 12 — and 15-year-old schoolchildren in Kirov according to WHO's criteria. *Vyatskij medicinskij vestnik*. 2015;(2):37—40 (in Russian).
8. Gromova S. N., Khamadeeva A. M., Sinitsyna A. V., Gavrilova T. A. Dental morbidity of school-age children in the Kirov region. *Stomatologiya detskogo vozrasta i profilaktika*. 2016;(1):72—6 (in Russian).
9. Sinitsyna A. V., Zolotarev P. N. Informational training program for the prevention of dental diseases for areas with a low level of dental care. Certificate of registration of the computer program RU 2020611299, 29.01.2020. Application no. 2020610268 from 17.01.2020 (in Russian).

Фомина А. В., Шовкун Н. В.**ВЗАИМОСВЯЗЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА И ЗРЕНИЯ**

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

Во всем мире актуален вопрос профилактики различных заболеваний у детей-инвалидов. Цель исследования — изучить стоматологическое здоровье детей-инвалидов с нарушениями слуха, зрения и определить проблемы организации стоматологической помощи им. Проведено индивидуальное очное анкетирование родителей (законных представителей) учащихся специальной общеобразовательной школы для детей-инвалидов с нарушениями слуха и детей-инвалидов с нарушениями зрения, а также анализ результатов профилактического осмотра учащихся врачом-стоматологом. Исследованием были охвачены дети с нарушениями слуха (1-я группа) и дети с нарушениями зрения (2-я группа), а также их семьи. В 1-ю группу вошла 61 семья с детьми-инвалидами, во 2-ю — 63 семьи с детьми-инвалидами. Установлена сопоставимая структура сравниваемых групп по возрасту: в обеих преобладали дети 10—14 лет. Сравнение стоматологического статуса детей-инвалидов с различными нарушениями органов чувств проведено по стоматологическим показателям: активности кариеса, уровню гигиены, нуждаемости в консультации врача-стоматолога ортодонта. Среди детей с нарушениями зрения статистически значимо чаще встречались пациенты с плохим уровнем гигиены (38,1%) по сравнению с детьми с нарушениями слуха (3,3%). В консультации ортодонта нуждались 77% пациентов с нарушениями слуха и 79,4% пациентов с нарушениями зрения. К платным стоматологическим услугам прибегали 28,8 и 38,1% пациентов сравниваемых групп соответственно. Первая группа отличалась статистически значимо более высоким процентом неудовлетворенности качеством лечения и профилактики (59% против 38,1%). Второй по важности оказалась проблема неудовлетворенности отношением врачей к пациентам и их родителям. Проблемы, связанные со стоматологическим здоровьем, являются весьма актуальными для детей-инвалидов, они чаще имеют заболевания ротовой полости и испытывают трудности доступа к качественной стоматологической помощи. Распространенность кариеса, особенно суб- и декомпенсированного, у детей-инвалидов с нарушениями зрения и детей-инвалидов с нарушениями слуха существенно выше, чем в детской популяции в целом.

Ключевые слова: стоматологическое здоровье; дети-инвалиды; нарушение зрения; нарушение слуха; стоматологическая помощь.

Для цитирования: Фомина А. В., Шовкун Н. В. Взаимосвязь стоматологического здоровья детей-инвалидов с нарушением слуха и зрения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):90—95. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-90-95>

Для корреспонденции: Фомина Анна Владимировна, зав. кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Медицинского института РУДН, e-mail: fomina-av@rudn.ru

Fomina A. V., Shovkun N. V.**THE RELATIONSHIP OF STOMATOLOGICAL HEALTH OF DISABLED CHILDREN WITH HEARING AND VISION IMPAIRMENT**

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The Peoples' Friendship University of Russia» (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

The issue of preventing various diseases in children with disabilities is relevant around the world. The purpose of the study: to investigate the oral health of disabled children with hearing impairments and with visual impairments and to determine problematic issues of their dental care support. The individual face-to-face questionnaire survey was carried out covering parents (legal representatives) of students of special general education school for children with hearing and visual impairments. The analysis of results of preventive examination of students was implemented by stomatologist.

Two categories of students were covered by the study: children with hearing impairment (first group) and children with visual impairment (second group), their families included. The first group consisted of 61 families with disabled children (37 boys (60.7%) and 24 girls (39.3%). The second group included 63 families with disabled children (35 boys (55.6%) and 28 girls (44.4%). The comparable structure of compared groups by age was established. The children aged 10—14 years dominated in both groups: 39.3% in the first one and 57.1% in the second one. The comparison of dental status of disabled children with various disorders of the senses was implemented according number of stomatological indices: caries activity, hygiene level, need for consultation by orthodontist. The patients with poor hygiene were significantly more common among children with visual impairment (38.1%) as compared with children with hearing impairment (3.3%). Also, 77.0% of patients with hearing impairments and 79.4% of patients with visual impairments needed advises of orthodontist. The families of 28.8% and 38.1% of patients in corresponding compared groups resorted to fee-for-service dental services. The first group characterized by statistically significantly higher percentage of dissatisfaction with quality of treatment and prevention (59.0% vs. 38.1%). The second most important problem was dissatisfaction with attitude of stomatologist to patients and their parents, which was noted in 16.4% and 28.6% of cases correspondingly. The stomatological health problems are very relevant for disabled children as they often suffer from oral diseases and have difficulties in accessing quality dental care. The prevalence of caries, especially sub- and de-compensated, in disabled children with visual and hearing impairments is significantly higher than in children population as a whole.

Keywords: oral health; disabled children; visual impairment; hearing impairment; stomatological care

For citation: Fomina A. V., Shovkun N. V. The relationship of stomatological health of disabled children with hearing and vision impairment. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):90—95 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-90-95>

For correspondence: Fomina A. V., the Head of the Chair of Public Health, Health Care and Hygiene of the Medical Institute of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The Peoples' Friendship University of Russia». e-mail: fomina-av@rudn.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 28.06.2020
Accepted 29.10.2020

Введение

В декабре 2016 г. международное сообщество отметило 10-ю годовщину с момента принятия «Конвенции о правах инвалидов», цель которой состоит «в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения присущего им достоинства» [1]. Россия ратифицировала «Конвенцию о правах инвалидов» в 2012 г. [2].

Проблема инвалидности детей является приоритетной во всем мире и в нашей стране. По официальным статистическим данным, на 1 января 2016 г. в Российской Федерации насчитывалось около 600 тыс. детей-инвалидов (около 5% общей численности инвалидов), в Москве на начало 2016 г. проживало около 30 тыс. детей-инвалидов [3]. По данным А. А. Баранова и соавт., в структуре детской инвалидности преобладают психические расстройства и расстройства поведения (25,8%), болезни нервной системы (23,9%) и врожденные аномалии развития (17,7%), которые составляют около $\frac{2}{3}$ причин, обусловивших инвалидность детей всех возрастов; на болезни уха и сосцевидного отростка и болезни глаза и его придаточного аппарата приходится 5,6 и 4,8% соответственно [4].

Предоставление квалифицированной медицинской помощи является одним из ключевых направлений социальной защиты детей-инвалидов. Однако в ряде случаев медицинская помощь остается недоступной детям-инвалидам по причине недостаточного финансирования механизма ее оказания, влияния ряда организационных факторов, отсутствия в законодательстве конкретных механизмов реализации важнейших правовых норм по проведению профилактических мероприятий для данной группы граждан [5]. Особая роль отводится проблеме изучения стоматологического здоровья и организации стоматологической помощи детям-инвалидам с нарушениями зрения и детям-инвалидам с нарушениями слуха. В литературе представлены немногочисленные сведения, касающиеся изучения особенностей стоматологического статуса и оказания стоматологической помощи данной категории детей-инвалидов [6, 7]. В исследованиях С. В. Чуйкина и соавт. [6], проведенных в Республике Башкортостан, в санации полости рта нуждались 79,4% школьников, принявших участие в исследовании, зубочелюстные аномалии были выявлены у 66 (97,1%) школьников 12—15 лет.

Дети с нарушениями развития, включая условия и факторы, которые влияют на их поведение и образование, часто имеют ограничения в своих способностях выполнять повседневную деятельность.

У них также могут быть особые потребности в медицинской помощи. Ряд исследователей подтверждают, что дети с нарушениями развития чаще имеют неудовлетворенные стоматологические потребности, чем обычно развивающиеся дети, и считают, что они подвержены большему риску развития стоматологических заболеваний [8, 9]. Среди причин, которые приводят к рискам возникновения стоматологических заболеваний, выделяют высокую зависимость от лица, осуществляющего уход, для регулярной гигиены полости рта, а также предпочтение пищи, богатой углеводами [10].

Кроме того, препятствием к получению стоматологической помощи для детей с нарушением зрения и для детей с нарушением слуха могут стать трудности с посещением врача-стоматолога и ограниченное число врачей-стоматологов, обладающих необходимым опытом для работы с такими детьми [11].

При составлении программы профилактики и проведении санации полости рта у детей с такими нарушениями требуется учитывать особенности их психофизического развития, а также сложности, которые могут возникнуть у них с обучением, что связано с сенсорными нарушениями их здоровья. Кроме того, совместное изучение и сравнение этих двух групп детей обусловлено их обучением в структурных подразделениях в рамках одной образовательной организации, что позволяет проводить разработку профилактической программы с учетом разных контингентов обучающихся.

Таким образом, оценка стоматологического здоровья детей-инвалидов с нарушениями слуха и детей-инвалидов с нарушениями зрения, определение факторов риска стоматологических заболеваний и создания на современном этапе методов профилактической и просветительской работы с детьми-инвалидами и их родителями является чрезвычайно актуальной задачей.

Цель исследования — изучение стоматологического здоровья детей-инвалидов с нарушениями слуха и с нарушениями зрения и определение проблем организации им стоматологической помощи.

Материалы и методы

Проведено одномоментное качественное проспективное исследование методами индивидуально-очного анкетирования родителей (законных представителей) учащихся, а также анализа результатов профилактического осмотра учащихся врачом-стоматологом в период с января по май 2017 г. Анкетирование родителей (законных представителей) проводилось среди всех согласившихся с учетом критериев включения, выборка проводилась слепым методом с учетом желания респондента (добровольно). Для проведения исследования была специально раз-

работана анкета, состоящая из вводной части (анамнестической) и основной, из вопросов по аспектам эффективности профилактических мер стоматологического здоровья детей.

1. Вводная анамнестическая, выявляющая возраст, пол ребенка, наличие каких-либо заболеваний различных систем организма, наличие тяжелых заболеваний, приводящих к инвалидизации ребенка, частоту заболеваний, наличие аллергических реакций, количество предыдущих беременностей матери, особенности вскармливания и прикормов, возраст родителей, вредные привычки, полноту семьи.

2. Основная, включающая возраст, в котором начали чистить ребенку зубы, частоту потребления сладостей, список используемых зубных паст, частоту посещения стоматолога, присутствие у ребенка страха перед посещением стоматолога, наличие трудностей при записи на прием, отношение к частным поликлиникам, удовлетворенность работой поликлиник и пожелания по улучшению работы поликлиник. Родителям также задавались дополнительные вопросы: «Как Вы оцениваете свои знания о заболевании ребенка, возникли ли изменения в семье в связи с заболеванием ребенка?», «Хотели бы Вы иметь возможность вызвать детского стоматолога из городской поликлиники на дом?» и прочие.

Объектом исследования выступали учащиеся ГБОУ г. Москвы «Гимназия № 1529 имени А. С. Грибоедова» на базе структуры № 3 (I—II вида) и структуры № 2 (III—IV вида). Стороны договорились совместно и согласованно осуществить научно-исследовательскую деятельность по изучению особенностей стоматологической помощи детям-инвалидам с целью ее совершенствования. В специальных (коррекционных) общеобразовательных школах I вида обучаются дети-инвалиды по слуху: глухие и глухонемые. В школах II вида учатся слабослышащие дети. Школы III вида предназначены для слепых, а IV вида — для слабовидящих детей. Кроме гимназии № 1529 имени А. С. Грибоедова, в Москве есть лишь две школы I—II вида: Государственное казенное общеобразовательное учреждение «Специальная (коррекционная) школа-интернат № 65 г. Москвы» и ГБОУ г. Москвы «Курчатовская школа». К III—IV виду принадлежит лишь Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение «Школа-интернат для обучения и реабилитации слепых № 1 г. Москвы», которая передана в Департамент труда и социальной защиты населения. Таким образом, гимназия № 1529 является единственным комплексом в Москве, где обучаются как глухие, так и слепые дети. Поэтому именно она предоставляет уникальную возможность для организации выборки со следующими свойствами:

- меж- и внутригрупповая гомогенность по социальным, географическим, средовым и прочим факторам, не относящимся к исследуемым;
- недостижимая в иных случаях широта и сбалансированность;

- административная и организационная доступность;
- сплошная организация выборки (снижает шанс ошибки и смещения выборки).

Для оценки уровня стоматологического здоровья в исследование были включены показатели, взятые из медицинской документации после проведения профилактического осмотра детей: внешний осмотр, индекс КПУ (кариозные, пломбированные и удаленные зубы), прикус, уровень гигиены и дополнительные данные о состоянии полости рта.

Исследованием были охвачены дети с нарушениями слуха (1-я группа), дети с нарушениями зрения (2-я группа) и их семьи. В 1-ю группу вошла 61 семья с детьми-инвалидами, в числе которых 37 (60,7%) мальчиков и 24 (39,3%) девочки, а во 2-ю — 63 семьи с детьми-инвалидами, в их числе 35 (55,6%) мальчиков и 28 (44,4%) девочек. Материалы, полученные в результате исследования, были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа в соответствии с результатами проверки сравнимых совокупностей на нормальность распределения. Показатели интенсивности кариеса описывались с помощью среднего арифметического (M), а также 95% доверительного интервала.

Результаты исследования

Возраст исследуемых детей составил в 1-й группе от 7 до 17 полных лет, в среднем $12,55 \pm 3,32$ года, а во 2-й группе — от 8 до 17 лет, в среднем $12,84 \pm 2,78$ года. При сравнении групп по возрасту различия были статистически незначимы ($p=0,603$). Исходя из полученных данных, была установлена сопоставимая структура сравниваемых групп по возрасту: в обеих преобладали дети 10—14 лет: 39,3 % в 1-й и 57,1% во 2-й группе. Доля детей-инвалидов, являющихся единственным ребенком в семье, была практически равной в обеих группах, составляя 67,2% в 1-й и 66,7% во 2-й. При этом дети-инвалиды, имеющие нарушения слуха, воспитывались в условиях неполной семьи в 23% случаев, имеющие нарушения зрения — почти в 27%. В результате проведенного с помощью непараметрического критерия Манна—Уитни сравнения исследуемых групп были установлены статистически значимые различия возраста матери и отца ($p=0,002$ и $p=0,018$ соответственно). Оба родителя были старше в группе пациентов с нарушениями зрения. Медиана возраста матери в 1-й группе составила 24 года, возраста отца — 27 лет, во 2-й группе показатели были равны 29 и 32 годам соответственно. Среди пациентов с нарушениями слуха не наблюдалось ни одного случая недоношенности в анамнезе, тогда как 12 (19%) пациентов с нарушениями зрения были недоношенными. Различия частоты недоношенности в сравниваемых группах, оцененные с помощью точного критерия Фишера, были статистически значимы ($p<0,001$).

Сравнение стоматологического статуса детей-инвалидов с различными нарушениями органов чувств было проведено по ряду стоматологических показа-

Здоровье и общество

Таблица 1

Результаты сравнения стоматологического статуса исследуемых групп детей-инвалидов с различными нарушениями органов чувств

Стоматологический показатель	Исследуемая группа				p
	1-я		2-я		
	абс.	%	абс.	%	
Активность кариеса:					0,83
компенсированная	50	82,0	54	85,7	
субкомпенсированная	9	14,8	7	11,1	
декомпенсированная	2	3,3	2	3,2	
Нуждаемость в консультации врача стоматолога-ортодонта	47	77,0	50	79,4	0,755
Уровень гигиены:					<0,001*
хороший	19	31,1	11	17,5	
удовлетворительный	40	65,6	28	44,4	
плохой	2	3,3	24	38,1	

Примечание. *Различия показателей статистически значимы.

телей: активности кариеса, уровню гигиены, нуждаемости в консультации врача стоматолога-ортодонта (табл. 1).

Согласно представленным данным, обе группы имели существенные различия по уровню гигиены ($p < 0,001$). Среди детей с нарушениями зрения статистически значимо чаще встречались пациенты с плохим уровнем гигиены (38,1%) по сравнению с детьми с нарушениями слуха (3,3%). Хороший уровень гигиены полости рта во 2-й группе отмечался существенно реже (17,5%), тогда как в 1-й группе — в 31,1% случаев. Согласно представленным данным, в структуре пациентов с нарушениями слуха наибольшую долю составляли пациенты с компенсированной степенью активности кариеса (82%), субкомпенсированная и декомпенсированная степени встречались существенно реже (14,8 и 3,3% соответственно). Распространенность кариеса составила 72,1% (44 пациента). Среднее значение КПУ в данной группе составило 2,77 (минимум 0, максимум 11), что соответствовало среднему уровню активности кариеса (при использовании норматива для 12-летних детей). В структуре 2-й группы наибольшую долю (85,7%) также составляли пациенты с компенсированной степенью активности кариеса; субкомпенсированная и декомпенсированная степени встречались в 11,1 и 3,2% случаев соответственно. Распространенность кариеса составила 74,6%. Среднее значение КПУ в данной группе составило 2,7 (минимум 0, максимум 11), что соответствовало среднему (умеренному) уровню активности кариеса. В консультации ортодонта нуждались 77% пациентов с нарушениями слуха и 79,4% пациентов с нарушениями зрения. На момент исследования ортодонтическое лечение проходили лишь 2 (3,3%) пациента из 1-й группы и 7 (11,1%) из 2-й ($p = 0,165$). В прошлом проходили ортодонтическое лечение 1 (1,6%) пациент из 1-й группы и 2 (3,2%) из 2-й ($p = 1,00$). Такие данные заметно ниже наблюдаемых в популяции в среднем.

Далее исследуемые группы были сопоставлены по показателям обращаемости за амбулаторной стома-

тологической помощью. Группы были сопоставимы по показателям обращаемости за стоматологической помощью ($p > 0,05$). Исследование показало, что в большинстве случаев стоматологическая помощь детям оказывалась в условиях городских детских стоматологических поликлиник за счет средств ОМС (71,2% в 1-й и 61,9% во 2-й группе), к платным стоматологическим услугам прибегали 28,8 и 38,1% пациентов сравниваемых групп соответственно. Половина (50%) респондентов 1-й группы, ответивших на вопрос о кратности посещений стоматолога, указывали периодичность 1 раз в год, в 31,5% случаев отмечалась частота посещений 2 раза в год и более, реже 1 раза в год посещали стоматолога с профилактической целью 18,5% исследуемых. Во 2-й группе доля ответов о посещении стоматолога 1 раз в год была также наибольшей (65,6%). Два раза в год стоматолога посещали 23% пациентов с нарушениями зрения, а реже 1 раза в год — 11,5% респондентов этой группы. Проведение профессиональной гигиены полости рта хотя бы раз в жизни отметили только 26,2% пациентов с нарушениями слуха и 25,4% пациентов с нарушениями зрения. В 1-й группе наличие постоянного или периодического страха ребенка перед стоматологом отметили в 30,4% случаев, во 2-й доля таких случаев была выше (45,9%). Проведенный статистический анализ показал, что в случае наличия дентофобии у ребенка с нарушениями слуха родители прибегали к платным услугам в частных стоматологических организациях чаще, чем при ее отсутствии (29,4 и 10,3% соответственно). В случае отсутствия страха перед посещением стоматолога пациенты с нарушениями зрения чаще получали стоматологическую помощь на платной основе — в 48,5% случаев против 25% при наличии страха. Различия частоты обращения пациентов как 1-й, так и 2-й группы за платными медицинскими услугами в зависимости от наличия дентофобии, оцененные с помощью точного критерия Фишера, были статистически незначимыми ($p = 0,112$ и $p = 0,059$ соответственно). Однако, учитывая близость уровня значимости к критическому, считаем возможным предположить, что наличие страха перед стоматологом — один из существенных факторов, вынуждающих пациентов обра-

Таблица 2

Распределение ответов респондентов о составляющих стоматологической помощи, требующих улучшения

Вариант ответа	Исследуемая группа				p
	1-я		2-я		
	абс.	%	абс.	%	
Качество лечения и профилактики	36	59,0	24	38,1	0,02*
Система записи на прием	9	14,8	11	17,5	0,682
Отношение врачей к пациентам и их родителям	10	16,4	18	28,6	0,105
Качество обслуживания	4	6,6	0	0,0	0,056 ^(Ф)
Интерьер и оборудование	3	4,9	7	11,1	0,324 ^(Ф)

Примечание. *Различия показателей статистически значимы; ^(Ф) различия оценивались с помощью точного критерия Фишера.

щаться за платными стоматологическими услугами. Также было проведено сравнение исследуемых групп по удовлетворенности стоматологической помощью, оказываемой в детских стоматологических медицинских организациях за счет средств ОМС: среди группы с нарушениями зрения была несколько увеличена доля недовольных оказанной помощью (10,5%), по сравнению с 1-й группой (3,4%). При оценке различий распределения респондентов по вариантам ответов о составляющих стоматологической помощи, требующих улучшения, были получены следующие данные (табл. 2).

Анализ показал, что 1-я группа отличалась существенно более высокой неудовлетворенностью качеством лечения и профилактики, составившей 59%, тогда как во 2-й группе показатель был равен 38,1% ($p=0,02$). Для 2-й группы была характерна неудовлетворенность отношением врачей к пациентам и их родителям, отмечавшаяся в 28,6% (в 1-й группе — 16,4%), а также интерьером и оборудованием, указанными в 11,1% случаев (в 1-й группе — 4,9%).

Обсуждение

Проведенный опрос родителей (законных представителей) детей-инвалидов с нарушением слуха и детей-инвалидов с нарушением зрения, а также результаты профилактического стоматологического осмотра показали, что в данных категориях семей отмечались статистически значимые различия в возрасте отца и матери: оба родителя были старше в группе детей с нарушениями зрения. Доступность стоматологической помощи для детей обеих групп серьезно ограничена, более $\frac{2}{3}$ этих пациентов нуждаются в купировании развития кариеса и услугах ортодонта, до половины испытывают страх перед визитами к стоматологу. При этом около половины визитов оцениваются родителями или опекунами как неудовлетворительные по качеству лечения и профилактики и около $\frac{1}{4}$ — как проблемные в контексте коммуникации.

Исследуемые группы были охарактеризованы и аналитически сопоставлены по ряду параметров, включая социологические, анамнестические, биографические, субъективные оценочные категории: пол и возраст ребенка, полноту семьи, возраст отца и матери, недоношенность, оценку родителями собственных знаний об основном заболевании ребенка и изменений, связанных с основным заболеванием ребенка.

Различия по полу и возрасту между группами детей-инвалидов с нарушениями слуха и детей-инвалидов с нарушениями зрения не достигали уровня статистической значимости. При этом в обеих группах ожидаемо наблюдалась тенденция к преобладанию лиц мужского пола и возрастной категории 10—14 лет.

Получены данные об ассоциации недоношенности именно с нарушениями зрения. Это указывает на значимую роль профилактики преждевременных родов и инфекционных заболеваний беременных.

Доля родителей, отмечавших недостаточные знания об основном заболевании ребенка и необходимость дополнительных знаний, была сильно (и статистически значимо) повышена в группе детей с нарушениями зрения. Кроме того, была отмечена тенденция к увеличению частоты изменений во взаимоотношениях с супругом, указанных матерями детей с нарушениями зрения. Эти два фактора также косвенно поддерживают предположение о повышенном уровне стресса родителей вследствие сравнительно более высокого порога адаптации детей с нарушениями зрения.

Были обнаружены существенные отклонения в распределении детей с нарушениями зрения по уровню гигиены по сравнению с данными литературы. Так, в данном исследовании хороший уровень гигиены имели 17,5% детей, удовлетворительный — 44,4%, плохой — 38,1%. А в сопоставимых по социально-экономическим условиям развивающихся странах эти пропорции составляли 33; 42; 25% и 91,8; 5,9; 2,3% соответственно [12].

При сравнении пациентов с нарушениями зрения и нарушениями слуха по другим параметрам стоматологического статуса различия были статистически незначимы. Это касалось нуждаемости в консультации ортодонта, частоты профилактических посещений стоматолога, использования платных стоматологических услуг, профессиональной гигиены и страха перед посещением стоматолога. Общей характеристикой обеих групп стала неудовлетворенная острая необходимость в стоматологических услугах, тем более что проблема стоматологического здоровья в целом и проблема доступа к стоматологической помощи в частности имеют значительные масштабы, особенно среди людей с ограниченными возможностями.

Еще одним важным наблюдением данного исследования стала идентификация дентофобии в качестве фактора, ассоциированного с обращением к платной стоматологической помощи. При этом среди пациентов с нарушениями зрения была показана явная тенденция к увеличению доли недовольных оказанной помощью, предоставляемой в рамках ОМС (10,5%), по сравнению с 1-й группой, где данный показатель был равен 3,4%. К тому же более половины респондентов каждой группы имели существенные замечания по удовлетворенности стоматологической помощью. Первая группа отличалась статистически значимо более высоким процентом неудовлетворенности качеством лечения и профилактики, составившим 59%, тогда как во 2-й группе показатель был равен 38,1%. Второй по важности оказалась проблема неудовлетворенности отношением врачей к пациентам и их родителям, отмечавшаяся в 16,4 и 28,6% случаев соответственно.

Заключение

Проблемы, связанные со стоматологическим здоровьем, являются весьма актуальными для детей с ограниченными возможностями, которые чаще имеют заболевания ротовой полости и испытывают

Здоровье и общество

трудности доступа к качественной стоматологической помощи. В исследовании нами было показано, что распространенность кариеса, особенно суб- и декомпенсированного, у детей-инвалидов с нарушениями зрения и детей-инвалидов с нарушениями слуха существенно выше, чем в детской популяции в целом. Значимой причиной развития заболеваний полости рта для данных категорий детей-инвалидов можно считать дентофобию, особенно при оказании стоматологических услуг в рамках ОМС. Доступность стоматологической помощи для детей обеих групп серьезно ограничена, более половины пациентов нуждались в купировании развития кариеса и наблюдении ортодонта, при этом около половины визитов оценивались родителями как неудовлетворительные по качеству оказываемых медицинских услуг и коммуникации с персоналом. Таким образом, в целях укрепления здоровья и повышения качества жизни детей с нарушениями со стороны органов чувств необходима разработка группоспецифичных организационных подходов к повышению качества и эффективности стоматологической помощи.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Конвенция о правах инвалидов. Принята Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН № 61/106 от 13 декабря 2006 г. Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения 15.02.2020).
2. Федеральный закон от 03.05.2012 № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». Режим доступа: <https://base.garant.ru/70170066/> (дата обращения 15.02.2020).
3. Петросян В. А., Холостова Е. И., ред. Доклад о положении инвалидов в городе Москве. М.: Департамент труда и социальной защиты населения города Москвы, Институт дополнительного профессионального образования работников социальной сферы; 2016. 213 с.
4. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Терлецкая Р. Н., Антонова Е. В. Проблемы детской инвалидности в современной России. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2017;72(4):305—12.
5. Савченко В. В., Маяцкая Н. К., Гевандова М. Г. Проблемы оказания медико-социальной и реабилитационной помощи детям-инвалидам. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2016;11(1):117—8.
6. Чуйкин С. В., Снеткова Т. В., Акатьева Г. Г., Снеткова Э. З., Макушева Н. В. Стоматологическая заболеваемость у слепых и слабовидящих детей. *Проблемы стоматологии*. 2018;14(4):93—7.
7. Шовкун Н. В., Фомина А. В. Стоматологическое здоровье и организация стоматологической помощи детям-инвалидам, стра-

- дающим нарушениями слуха. *Вестник новых медицинских технологий*. 2018;(3):83—90. doi: 10.24411/2075-4094-2018-16024
8. Lewis C. W. Dental care and children with special health care needs: a population-based perspective. *Acad Pediatr*. 2009;9(6):420—6.
 9. Kagihara L. E., Huebner C. E., Mouradian W. E., Milgrom P., Anderson B. A. Parents' perspectives on a dental home for children with special health care needs. *Spec. Care Dentist*. 2011;31(5):170—7.
 10. Thikkurissy S., Lal S. Oral health burden in children with systemic diseases. *Dent. Clin. North Am*. 2009;53(2):351—7.
 11. Kerins C., Casamassimo P. S., Ciesla D., Lee Y., Seale N. S. A preliminary analysis of the US dental health care system's capacity to treat children with special health care needs. *Pediatr. Dent*. 2011;33(2):107—12.
 12. Reddy K., Sharma A. Prevalence of oral health status in visually impaired children. *Indian Soc. Pedod. Prev. Dent*. 2011;29:25—7.

Поступила 28.06.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Convention on the Rights of Persons with Disabilities Adopted by General Assembly resolution 61/106 of 13 December 2006. Available at: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (accessed 15.02.2020) (in Russian).
2. Federal Law of May 3, 2012 N 46-ФЗ «On Ratification of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities». Available at: <https://base.garant.ru/70170066/> (accessed 15.02.2020) (in Russian).
3. Petrosyan V. A., Holostova E. I., eds. Report on the situation of disabled people in the city of Moscow [Doklad o polozhenii invalidov v gorode Moskve]. Moscow: Department of Labor and Social Protection of the Population of the City of Moscow, Institute of Additional Professional Education of Social Workers; 2016. 213 p. (in Russian).
4. Baranov A. A., Namazova-Baranova L. S., Terleckaya R. N., Antonova E. V. Problems of child disability in modern Russia. *Vestnik Rossijskoj akademii medicinskih nauk*. 2017;72(4):305—12 (in Russian).
5. Savchenko V. V., Mayackaya N. K., Gevandova M. G. Problems of providing medical, social and rehabilitation assistance to disabled children. *Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza*. 2016;11(1):117—8 (in Russian).
6. Chujkin S. V., Snetkova T. V., Akat'eva G. G., Snetkova E. Z., Makusheva N. V. Dental morbidity in blind and visually impaired children. *Problemy stomatologii*. 2018;14(4):93—7 (in Russian).
7. Shovkun N. V., Fomina A. V. Dental health and the organization of dental care for disabled children with hearing impairments. *Vestnik novyh medicinskih tekhnologij*. 2018;3:83—90. doi: 10.24411/2075-4094-2018-16024 (in Russian).
8. Lewis C. W. Dental care and children with special health care needs: a population-based perspective. *Acad Pediatr*. 2009;9(6):420—6.
9. Kagihara L. E., Huebner C. E., Mouradian W. E., Milgrom P., Anderson B. A. Parents' perspectives on a dental home for children with special health care needs. *Spec. Care Dentist*. 2011;31(5):170—7.
10. Thikkurissy S., Lal S. Oral health burden in children with systemic diseases. *Dent. Clin. North Am*. 2009;53(2):351—7.
11. Kerins C., Casamassimo P. S., Ciesla D., Lee Y., Seale N. S. A preliminary analysis of the US dental health care system's capacity to treat children with special health care needs. *Pediatr. Dent*. 2011;33(2):107—12.
12. Reddy K., Sharma A. Prevalence of oral health status in visually impaired children. *Indian Soc. Pedod. Prev. Dent*. 2011;29:25—7.

Абольян Л. В., Лазарева О. Д., Гараева А. С., Хвостунов О. К.

ОТНОШЕНИЕ И ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ПО ВОПРОСАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ С ПОЗИЦИЙ «МЕДИЦИНЫ 4П»

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва

Молодое поколение в возрасте 16—24 лет составляет основной демографический резерв страны на ближайшие десятилетия. В связи с этим большой интерес представляет отношение современной молодежи к созданию семьи, ее отношение к браку и рождению детей, а также информированность по вопросам репродуктивного здоровья и подготовки пары к рождению здорового потомства с учетом современных подходов персонализированной «Медицины 4П». Цель исследования — оценить отношение студентов медицинского вуза к созданию семьи, браку и рождению детей, а также их информированность по вопросам репродуктивного здоровья и прегравидарной подготовки с позиции «Медицины 4П». Проведен опрос 193 студентов II и V курсов медицинского вуза. Исследование проведено в период с ноября 2019 г. по февраль 2020 г. Обработку данных осуществляли с использованием статистического пакета для персонального компьютера IBM SPSS.21. Вычисляли показатели описательной и аналитической статистики.

Выявлена низкая осведомленность студентов медицинского вуза по вопросам прегравидарной подготовки и современных подходов персонализированной «Медицины 4П». Несмотря на то что значительная часть студентов осознают важность повышения своей информированности по вопросам репродуктивного здоровья и прегравидарной подготовки с позиций «Медицины 4П», около ¼ еще не задумывались об этом. Большинство опрошенных студентов ведут здоровый образ жизни и понимают его важность для своего здоровья, включая репродуктивное. Студенты имеют положительные установки на создание семьи и рождение детей. Несмотря на все изменения в современном обществе, они смогли сохранить основополагающие жизненные ценности, перенять положительный опыт поколений. Необходимо повышать информированность студентов медицинского вуза по вопросам репродуктивного здоровья, прегравидарной подготовки и основополагающим принципам «Медицины 4П», формировать у них мотивацию к профилактическому подходу в отношении здоровья.

К л ю ч е в ы е с л о в а : репродуктивное здоровье; прегравидарная подготовка; «Медицина 4П»; студенты медицинского вуза; репродуктивные установки; отношение; информированность.

Для цитирования: Абольян Л. В., Лазарева О. Д., Гараева А. С., Хвостунов О. К. Отношение и информированность студентов медицинского вуза по вопросам репродуктивного здоровья и прегравидарной подготовки с позиций «Медицины 4П». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):96—102. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-96-102>

Для корреспонденции: Абольян Любовь Викторовна, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н. А. Семашко Сеченовского Университета, e-mail: labolyan@mail.ru

Aboliyan L. V., Lazareva O. D., Garaeva A. S., Khvostunov O. K.

THE ATTITUDE AND AWARENESS OF STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY CONCERNING ISSUES OF REPRODUCTIVE HEALTH AND PREGRAVID TRAINING FROM POSITIONS OF “4P MEDICINE”

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

The young generation aged 16—24 years is the main demographic national reserve for coming decades. Hence, the purpose of the study is to investigate attitude of modern youth exemplified by students of medical university to establishing family, marriage and birth of children, and also their awareness about issues of reproductive health and training of couple to birth of healthy progeny considering modern approaches of personalized “4P Medicine”.

The survey of medical students was carried out on the basis of sampling of 193 students in November 2019 to February 2020. The survey data was processed using software SPSS 21. The indices of descriptive and analytical statistics were calculated to analyze study results.

The low awareness of medical students on issues of pregravid training and modern approaches of personalized «4P Medicine» was established. Despite the fact that significant number of students understand importance of improving their awareness of reproductive health and pregravid training from positions of “4P Medicine”, about quarter of all respondents never pondered about these issues. The majority of respondents lead healthy life-style and understand its importance for their health, including reproductive health. The students have positive attitudes to establishment of family and birth of children.

It is necessary to improve awareness of medical students of reproductive health, pregravid training and main principles of personalized “4P Medicine”.

Key words: reproductive health; preconception care; “4P Medicine”; medical student; pregravid training; attitude; awareness.

For citation: Aboliyan L. V., Lazareva O. D., Garaeva A. S., Khvostunov O. K. The attitude and awareness of students of medical university concerning issues of reproductive health and pregravid training from positions of “4P Medicine”. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):96—102 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-96-102>

For correspondence: Aboliyan L. V., doctor of medical sciences, professor of the N. A. Semashko Chair of Public Health and Health Care of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University”. e-mail: labolyan@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Введение

Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. направлена на укрепление репродуктивного здоровья и института семьи в качестве приоритетных направлений государственной политики. Молодое поколение в возрасте 16—24 лет составляет основной демографический резерв страны на ближайшие десятилетия [1—3]. Большой интерес представляет изучение репродуктивных установок современной молодежи, ее отношение к браку и рождению детей, а также информированность по вопросам репродуктивного здоровья и подготовки пары к рождению здорового потомства с учетом современных подходов персонализированной «Медицины 4П».

Репродуктивное просвещение молодежи включает в себя комплекс мероприятий, направленных на повышение информированности о правах, возможностях и наиболее целесообразных тактиках в области сохранения здоровья при реализации сексуальной и репродуктивной функции. Информирование молодежи о важности прегравидарной подготовки к зачатию и рождению здорового ребенка является составной частью репродуктивного просвещения [4]. Прегравидарная подготовка (лат. *gravida* — беременная, *pre* — предшествующий) — это комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на оценку состояния здоровья и подготовку половых партнеров к зачатию, последующему вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка. В зарубежной литературе используется термин «преконцепционная помощь/preconceptional care», или «преконцепция/preconception» (англ. *conceptus* — оплодотворенное яйцо, продукт зачатия). Подготовка пары к зачатию необходима обоим будущим родителям, поскольку и мужчина, и женщина в равной мере обеспечивают эмбрион генетическим материалом и совместно несут ответственность за здоровье будущего ребенка [4—6].

В последнее время все большее распространение получает абсолютно новая модель здравоохранения — «Медицина 4П». Это медицина будущего, в основе которой лежат четыре основополагающих принципа: персонализация, предикция, превентивность и партисипативность [7]. «Медицина 4П» как новое направление медицины ориентирована на индивидуальное здоровье, способна реально стабилизировать показатели заболеваемости и снизить инвалидизацию трудоспособного населения, существенно сократив традиционно высокие расходы на лечение уже заболевших людей [8—14]. Внедрение в практику современного здравоохранения предиктивно-превентивного и персонализированного подхода имеет прямое отношение к сохранению и укреплению репродуктивного здоровья, включая прегравидарную подготовку.

Цель настоящего исследования заключалась в оценке отношения студентов к созданию семьи, браку и рождению детей, а также их информированности по вопросам репродуктивного здоровья и прегравидарной подготовки с современных позиций «Медицины 4П».

Материалы и методы

Проведен опрос студентов II и V курсов Сеченовского Университета с помощью разработанной нами анкеты. Анкета включала 50 вопросов, объединенных в 5 блоков: общие сведения о студенте, медико-социальная характеристика семьи родителей, здоровье и образ жизни студента, его отношение к браку и рождению детей, информированность студента по вопросам репродуктивного здоровья и прегравидарной подготовки с позиций «Медицины 4П». Всего опрошено 193 студента, распределение респондентов по полу, факультету и курсу обучения представлено в табл. 1. Выборка формировалась случайным образом из студентов, проходивших обучение на одной из кафедр медицинского вуза в период с ноября 2019 г. по февраль 2020 г. Объем выборки определялся с помощью формулы для относительных величин [15].

Обработку данных осуществляли с использованием статистического пакета для персонального компьютера IBM SPSS.21. Вычисляли показатели описательной (распределение признака, оценка равномерности распределения признака по Колмогорову—Смирнову, средняя и среднеквадратическое отклонение $M+d$) и аналитической (коэффициент корреляции r , критерий Стьюдента для оценки достоверности различий t , достоверными считались различия при значении $p < 0,05$) статистики.

Результаты исследования

Социальный портрет опрошенных студентов характеризовался следующими параметрами. Большинство из них (83,4%) — москвичи, из полных семей — 71,5%, с числом детей, включая самого сту-

Таблица 1

Распределение опрошенных студентов медицинского вуза по полу, факультету и курсу обучения

Характеристика	Опрошенные	
	абс. число	%
Пол:	37	19,2
мужской		
женский	156	80,8
Факультет:	18	9,3
лечебный		
медико-профилактический	149	77,2
фармацевтический	26	13,5
Курс обучения:		
II	131	67,9
V	62	32,1
Всего...	193	100

дента, 1—2 ребенка — 79,9%, средним достатком в семье — 70,5%. Имели высшее образование 59% родителей студентов, среднее специальное — 25—31%.

Здоровье и образ жизни студентов

Самооценка студентами состояния здоровья показала, что 39,4% оценивают свое здоровье как удовлетворительное, 29,5% считают себя абсолютно здоровыми, 28% отмечают частые простудные заболевания и лишь 3,1% считают свое здоровье плохим, имеют хронические заболевания и состоят на диспансерном учете в поликлинике. Не выявлено достовер-

ных различий в состоянии здоровья юношей и девушек, а также среди студентов II и V курсов.

Большинство (89,6%) студентов придерживаются здорового образа жизни (ЗОЖ) и считают, что его соблюдение является важным для сохранения и укрепления здоровья, включая репродуктивное здоровье. Основные характеристики образа жизни студентов могут быть представлены следующими показателями: не курят 75,1%, спят не менее 7 ч 51,3%, не употребляют алкоголь или употребляют иногда в компании 93,8%, при нерегулярном питании стараются употреблять здоровую пищу 65,8%, ежедневно совершают пешие прогулки не менее 30 мин 45,8%, занимаются спортом 2—3 раза в неделю 15,6%, имеют нормальную массу тела около 80% (табл. 2). Выявлены достоверные различия в соблюдении основ здорового образа жизни между девушками и юношами по некоторым характеристикам: регулярно курят 9,6% девушек и 35,1% юношей ($p<0,01$), предпочитают пассивный отдых 24,3% девушек и 5,4% юношей ($p<0,01$), имеют дефицит массы тела 19,9% девушек и 2,7% юношей ($p<0,01$), превышение массы тела — 3,8 и 21,6% ($p<0,05$) девушек и юношей соответственно, спят менее 7 ч 52,6% девушек и 35,1% юношей ($p<0,05$).

Таблица 2

Самооценка здоровья и характеристика образа жизни студентов в зависимости от пола

Характеристика	Девушки ($n_1=156$)		Юноши ($n_2=37$)		Всего ($n=193$)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Самооценка здоровья студентами:						
абсолютно здоров	46	29,5	11	29,8	57	29,5
частые простудные заболевания	46	29,5	9	24,3	54	28,0
удовлетворительное	59	37,8	17	45,9	76	39,4
плохое	4	2,6	0	0	4	2,1
входит в группу диспансерного наблюдения	1	0,6	0	0	2	1,0
Индекс массы тела:						
ниже нормы	31	19,9	1	2,7**	31	16,0
норма	119	76,3	28	75,7	147	76,2
выше нормы (предожирение)	6	3,8	8	21,6*	15	7,8
Курение:						
курит регулярно	15	9,6	13	35,1**	28	14,5
курит иногда в компании	17	10,9	2	5,4	19	9,8
не курит	124	78,8	22	59,5**	145	75,1
нет ответа	1	0,7	—	—	1	0,6
Употребление алкоголя:						
употребляет регулярно	4	2,6	3	8,1	7	3,6
употребляет иногда в компании	84	53,8	22	59,5	106	54,9
не употребляет	65	41,7	10	27,0	75	38,9
другое	3	1,9	2	5,4	5	2,6
Сон:						
менее 7 ч в сутки	82	52,6	13	35,1*	94	48,7
7—8 ч	66	42,3	20	54,1	87	45,1
9 ч и более	8	5,1	4	10,8	12	6,2
Питание:						
регулярное здоровое питание	22	14,1	5	13,5	27	14,0
питание не регулярное, но стараюсь употреблять здоровую пищу	102	65,4	25	67,6	127	65,8
нерегулярное и нездоровое	24	15,4	5	13,5	29	15,0
нездоровое питание независимо от частоты приема пищи	5	3,2	1	2,7	6	3,1
другое	3	1,9	1	2,7	4	2,1
Двигательная активность:						
утренняя зарядка не менее 3 раз в неделю	14	9,0	6	16,2	20	10,4
ежедневные пешие прогулки не менее 30 мин	71	45,6	17	45,9	88	45,6
занятия бегом 2—3 раза в неделю	1	0,6	3	8,1	4	2,1
занятия спортом 2—3 раза в неделю	23	14,7	7	18,9	30	15,5
предпочитает пассивный отдых	38	24,3	2	5,4*	40	20,7
другое	9	5,8	2	5,5	11	5,7
Важность соблюдения принципов ЗОЖ:						
важно	141	90,4	33	89,2	174	90,2
не важно	4	2,6	0	2,7	4	2,1
затрудняюсь с ответом	11	7,0	4	10,8	15	7,7
Считает ли студент, что соблюдение ЗОЖ важно для сохранения репродуктивного здоровья:						
важно	141	90,4	32	86,5	173	89,6
не важно	6	3,8	2	5,4	8	4,1
затрудняюсь с ответом	9	5,8	3	8,1	12	6,3

Примечание. * $p<0,5$; ** $p<0,01$.

Отношение студентов к созданию семьи, браку и рождению детей

Состояли в браке 4,7% опрошенных студентов, имели детей 3,1%. Характеризуя репродуктивные установки студентов, следует отметить, что большинство (90,7%) настроено на рождение детей в своих семьях. Планируют иметь двух детей 49,7%, одного ребенка хотели бы иметь 18,1%, трех детей — 19,2%, более трех — лишь 3,7%. Выявлена достоверная корреляционная связь между числом планируемых детей, полом студентов и числом детей в семье родителей. Больше детей планируют девушки по сравнению с юношами ($r=+0,16$; $p<0,05$), а также студенты из многодетных семей ($r=+0,25$; $p<0,01$).

Считают оптимальным возрастом для создания семьи и рождения детей 25—29 лет 56 и 54,4% студентов соответственно. Следует отметить, что по мере обучения студентов в медицинском вузе смещаются их представления об оптимальном возрасте рождения детей в сторону его увеличения с 20—24 лет (25,2 и 9,5%; $p<0,01$; доля ответов среди студентов II и V курсов соответственно) на более старшие возрастные группы 25—29 лет и 30—34 года. Большинство студентов отмечают важность регистрации брака, поскольку это повышает ответственность перед партнером и является важным для совместного воспитания детей. Основными мотивами при выборе партнера для вступления в брак, по мнению студентов, являются любовь, уважение и забота близкого человека, на материальное благополучие указали около $1/3$ студентов.

Информированность студентов по вопросам репродуктивного здоровья и прегравидарной подготовки с позиций «Медицины 4П»

Оценка информированности студентов II и V курсов по вопросам репродуктивного здоровья и прегравидарной подготовки с позиций «Медицины 4П»

№	Показатель	Результат					
		II курс, ($n_1 = 131$)		V курс, ($n_2 = 62$)		Оба курса, ($N = 193$)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Знаком ли студент с термином «репродуктивное здоровье»?						
	1 — может дать полное определение	41	31,3	27	42,9	68	35,2
	2 — имеет общие представления	81	61,8	33	52,4	113	58,5
	3 — нет, это определение видит впервые	9	6,9	3	4,7	12	6,3
2.	Знает ли студент о термине «прегравидарная подготовка» (зарубежный аналог — «преконцептуальная подготовка» или «преконцепция»)?						
	1 — может дать полное определение	7	5,3	3	4,8	10	5,2
	2 — имеет общие представления	43	32,8	19	30,2	62	32,1
	3 — нет, это определение видит впервые	81	61,9	41	65,1	121	62,7
3.	Знает ли студент о современной модели здравоохранения — «Медицине 4П», или превентивной медицине, и ее основополагающих принципах (персонализация, предикция, превентивность и партисипативность)?						
	1 — да, имеет полное представление	7	5,3	9	14,3	16	8,3
	2 — имеет общие представления	44	33,6	18	28,6	62	32,1
	3 — об этой модели слышит впервые	80	61,1	36	57,1	115	59,6
4.	Мнение студента о важности учета 4П принципов превентивной медицины в прегравидарной подготовке:						
	1 — обязательно надо учитывать	84	64,1	35	55,6	119	61,7
	2 — не обязательно учитывать	7	5,3	3	4,8	10	5,2
	3 — затрудняется с ответом	40	30,6	25	39,6	64	33,1
5.	Оценка студентом его осведомленности об основном содержании прегравидарной подготовки						
	1 — имеет полное представление	7	5,3	5	7,9	12	6,2
	2 — имеет представления по отдельным разделам прегравидарной подготовки	24	18,3	11	17,5	35	18,1
	3 — имеет поверхностные представления	42	32,1	16	25,4	58	30,1
	4 — не интересовался(-лась) этим вопросом	45	34,4	27	42,9	71	36,8
	5 — не имеет никакого представления	13	9,9	3	4,8	16	8,3
	6 — другое	0	0	1	1,5	1	0,5
6.	Хотел бы студент получать информацию о репродуктивном здоровье?						
	1 — да	78	59,5	31	49,2	108	56,0
	2 — нет	13	9,9	7	11,1	20	10,4
	3 — еще не задумывался(-лась)	35	26,7	16	25,4	51	26,4
	4 — затрудняется с ответом	5	3,8	9	14,3	14	7,2
7.	Хотел бы студент получать информацию о прегравидарной подготовке?						
	1 — да	74	56,5	30	47,6	103	53,4
	2 — нет	12	9,2	6	9,5	18	9,3
	3 — еще не задумывался(-лась)	34	26,0	16	25,4	50	25,9
	4 — затрудняюсь ответить	11	8,4	11	17,5	22	11,4

Большинство студентов знакомы с термином «репродуктивное здоровье», более $\frac{1}{3}$ могут дать его полное определение (табл. 3). Однако лишь 32,1% из них знакомы с термином «прегравидарная подготовка», и 5,2% могут дать его полное определение. Около 40% студентов знают о «Медицине 4П» (могут дать полное определение — 8,3% и имеют общие представления 32,1%), а остальные об этой модели медицины слышат впервые, но 61,7% считают, что эти принципы важно учитывать при прегравидарной подготовке пары к рождению здорового ребенка (после ознакомления с определениями этих терминов). Не выявлено достоверных различий в ответах студентов II и V курсов ($p > 0,05$).

Основными источниками информации по вопросам репродуктивного здоровья студенты назвали электронные ресурсы: интернет-сайты (57,5%), научно-популярные журналы и газеты (18,1%). Студенты V курса среди значимых источников информации назвали также занятия на профильных кафедрах в университете: урологии (22,2%), акушерства и гинекологии (15,9%), инфекционных болезней (14,3%).

Более половины студентов хотели бы получить информацию по вопросам репродуктивного здоровья и прегравидарной подготовки с позиций «Меди-

цины 4П», но около четверти студентов II и V курсов еще не задумывались над данными вопросами. По мнению студентов, информирование молодежи о прегравидарной подготовке с позиций «Медицины 4П» нужно начинать уже в старших классах школы (46,6%) и на первых курсах средних и высших учебных заведений (23,3%).

Оценка студентами приемлемости и привлекательности различных источников информации по вопросам репродуктивного здоровья и прегравидарной подготовки позволила ранжировать эти источники по степени их значимости, исходя из полученного среднего балла (по 5-балльной шкале; $M+s$). Наиболее привлекательными для студентов являлись сайты в интернете, занятия на профильных кафедрах в университете и индивидуальные беседы с медицинским работником.

Обсуждение

Охрана репродуктивного здоровья лиц молодого возраста является одним из приоритетных направлений деятельности в здравоохранении. Формирование репродуктивных установок молодежи — это сложный процесс, на который влияет множество различных факторов, среди которых большое значе-

ние имеет информирование по вопросам репродуктивного здоровья, включая прегравидарную подготовку с современных позиций «Медицины 4П». Прецепционная оценка факторов риска и коррекция выявленных нарушений — наилучший доказанный способ снижения акушерских и перинатальных осложнений, а также социальных и экономических последствий для общества, связанных с выхаживанием и реабилитацией недоношенных детей и детей-инвалидов [16—19]. В 2016 г. в России был опубликован клинический протокол «Прегравидарная подготовка» [4], отражающий консенсус российских экспертов по вопросам подготовки супружеской пары к беременности. Согласно этому документу, репродуктивное просвещение и прегравидарное консультирование — безальтернативные методы повышения информированности населения по вопросам сохранения репродуктивного здоровья, профилактики абортов и приверженности планированию и подготовке беременности. Персонафицированная «Медицина 4П» применительно к репродуктивному здоровью и прегравидарной подготовке предполагает прежде всего не выявление уже имеющихся заболеваний и их лечение, а проведение превентивно-профилактических мероприятий для предупреждения их развития у будущих родителей.

Период до зачатия часто определяется как 3 мес до зачатия, возможно, потому что это среднее время до зачатия для фертильных пар. С точки зрения общественного здравоохранения период прекоцепции может быть отнесен к такой чувствительной фазе жизненного цикла («окно возможностей»), как подростковый возраст, когда здоровое поведение, влияющее на диету, физическую активность и ожирение, наряду с курением и употреблением алкоголя, устанавливается еще до первой беременности [20]. С этих позиций для нас представляло интерес изучение состояния здоровья и образа жизни студенческой молодежи, имеющих важное значение для формирования репродуктивного здоровья.

В целом можно охарактеризовать здоровье студентов как хорошее без существенных изменений на протяжении обучения в вузе, за исключением частых простудных заболеваний (3—4 раза в год), которые отмечали около $\frac{1}{3}$ опрошенных. Это согласуется с данными мультицентрового исследования среди студентов 8 российских медицинских вузов [21]. Большинство студентов придерживаются здорового образа жизни и считают, что его соблюдение является важным для сохранения и укрепления здоровья, включая репродуктивное (89,6%). Тем не менее выявлено, что регулярно курят 35,1% юношей, 24,3% опрошенных девушек предпочитают пассивный отдых, 19,9% девушек имеют дефицит массы тела, превышение массы тела отмечено у 21,6% юношей. На выявление факторов риска в поведении студентов и их профилактику следует обращать внимание при прохождении студентами ежегодной диспансеризации в университетской поликлинике.

Репродуктивные установки молодежи в значительной степени определяют тенденции показа-

телей рождаемости. Полученные нами данные о репродуктивных установках студентов согласуются с результатами исследований других авторов [2, 3, 22] и характеризуются тем, что большинство (90,7%) опрошенных хотят в будущем иметь детей, 68,9% студентов планируют иметь двоих-троих детей и 54,4% считают оптимальным возрастом для рождения первого ребенка 25—29 лет. Большинство студентов отмечают важность регистрации брака, поскольку это повышает ответственность перед партнером и является важным для совместного воспитания детей.

Выявлена низкая информированность студентов медицинского вуза II и V курсов по вопросам прегравидарной подготовки и «Медицины 4П». Впервые во время опроса столкнулись с терминами «прегравидарная подготовка» 62,7% студентов, персонафицированная «Медицина 4П» — 59,6%. Тем не менее 61,7% отметили важность учета принципов «Медицины 4П» при проведении прегравидарного консультирования. Обращает на себя внимание тот факт, что около $\frac{1}{4}$ опрошенных еще не задумывались о том, нужно ли им получать информацию по вопросам репродуктивного здоровья и прегравидарной подготовки, что также может быть результатом их низкой осведомленности по данным вопросам. Полученные нами данные согласуются с данными российских и зарубежных исследователей, подтверждающих, что население еще мало осведомлено о важности и возможности получения прегравидарной консультации до зачатия, а у медицинских работников не хватает профессиональных знаний для ее оказания [1, 5, 23—26]. В ведущих европейских странах отсутствуют единые подходы к подготовке пары к зачатию [27], и для популяризации прекоцепционной подготовки важно проведение информационно-просветительных мероприятий и рекламных кампаний [28—30]. Основными препятствиями для развития относительно персонализированной медицины наряду с пока еще высокой стоимостью необходимых исследований являются недостаточная подготовленность специалистов, большой разрыв между предоставляемыми ею новыми ценными диагностическими и терапевтическими возможностями и способностью практических врачей оценить их и применить на практике [31].

Полученные нами данные о предпочитаемых и приемлемых для студентов медицинского вуза источниках информации по вопросам репродуктивного здоровья и прегравидарной подготовки, среди которых сайты в интернете, занятия на профильных кафедрах в университете и индивидуальные беседы с врачом, следует учитывать при планировании мероприятий по повышению информированности студентов по данным вопросам.

Заключение

Выявлена низкая осведомленность студентов медицинского вуза по вопросам прегравидарной подготовки и современных подходов персонафицированной, предиктивно-профилактической и партиси-

Здоровье и общество

пативной «Медицины 4П» применительно к этому разделу медицины. Несмотря на то что значительная часть студентов осознают важность повышения информированности по вопросам репродуктивного здоровья и прегравидарной подготовки с позиций «Медицины 4П», около $\frac{1}{4}$ из них еще не задумывались над данным вопросом. Все это связано с тем, что прегравидарная подготовка пары к зачатию и «Медицина 4П» являются принципиально новыми подходами в современном российском и зарубежном здравоохранении и еще не вошли в повседневную практику врачей, также они не являются обязательной частью образовательных программ медицинских вузов. Большинство опрошенных студентов ведут здоровый образ жизни и понимают его важность для своего здоровья, включая репродуктивное здоровье. Студенты имеют положительные установки на создание семьи и рождение детей. Несмотря на все изменения в современном обществе, они смогли сохранить для себя основополагающие жизненные ценности, перенять положительный опыт поколений.

Повышение информированности студентов медицинского вуза по вопросам репродуктивного здоровья, прегравидарной подготовки и основополагающих принципов «Медицины 4П», формирование у них мотивации к профилактическому подходу к своему здоровью важно не только потому, что студенты представляют репродуктивный потенциал страны, но и потому, что это будущие врачи, от знаний и профессиональных компетенций которых в значительной степени зависит здоровьесберегающее поведение и здоровье их пациентов.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Каваева Н. Ю., Вяткина К. О., Росюк Е. А. Оценка степени готовности студентов медицинских вузов к беременности. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2016;65(Спец. вып.):65—6.
- Миронова Ю. Г. Факторы формирования репродуктивных установок современной студенческой молодежи в Российском регионе (на примере г. Астрахани). *Общество: социология, психология, педагогика*. 2018;12(56):56—9.
- Шевченко К. С., Ковалева Г. А. Репродуктивные установки молодежи (на примере студентов Череповецкого государственного университета). В кн.: *Материалы Международной научно-практической конференции «Ломоносов-2018»*. Череповец: Секция «Социология семьи и демографии»; 2018. С. 1—2.
- Радзинский В. Е., ред. *Прегравидарная подготовка: клинический протокол*. М.: StatusPraesens; 2016. 80 с.
- Березовская К. Е., Федорова К. Ю., Колбина А. П., Красноперва А. И., Дударева В. А., Дядикова И. Г. Изучение информированности населения о необходимости подготовки к беременности: факты, реалии, перспективы. В кн.: *Сборник I Межрегиональной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «Современные концепции профилактической медицины»*. Ростов-на-Дону; 2018. С. 49—52.
- Shishcanu D., Marianian A. Y., Iliadi-Tulbure C. Preconceptional care: Opportunities and challenges. *Acta Biomed. Scient.* 2018;3:69—74.
- Hood L., Balling R., Auffray C. Revolutionizing medicine in the 21st century through systems approaches. *Biotechnol. J.* 2012;7(8):992—1001.
- Аполихин О. И., Катибов М. И., Шадеркин И. А., Просяников М. Ю. Принципы «Медицины 4D» в организации медицинской помощи на примере урологических заболеваний. *Экспериментальная и клиническая урология*. 2017;(1):4—8.
- Белушкина Н. Н., Чемезов А. С., Пальцев М. А. Персонализированная медицина: от идеи до внедрение в практическое здравоохранение. *Молекулярная медицина*. 2018;16(3):9—15.
- Дедов И. И. Персонализированная медицина на пороге новой эпохи. В кн.: *Современные достижения в лечении социально-значимых заболеваний*. М.; 2018. С. 105—11.
- Просяников М. Ю., Константинова О. В., Войтко Д. А., Анохин Н. В., Кураева В. М., Аполихин О. И. Медицина 4П на примере ведения пациентов с мочекаменной болезнью. *Экспериментальная и клиническая урология*. 2019;(4):19—24.
- Di Sanzo M., Cipolloni L., Borro M., La Russa R., Santurro A., Scopetti M. Clinical Applications of Personalized Medicine: A New Paradigm and Challenge. *Curr. Pharm. Biotechnol.* 2017;18(3):194—203.
- Sagner M., McNeil A., Puska P., Auffray C., Price N. D., Hood L. The P4 Health Spectrum — A Predictive, Preventive, Personalized and Participatory Continuum for Promoting Healthspan. *Prog. Cardiovasc. Dis.* 2017;59(5):506—21.
- Grigorescu S., Cazan A. M., Grigorescu O. D., Rogozea L. M. The role of the personality traits and work characteristics in the prediction of the burnout syndrome among nurses — a new approach within predictive, preventive, and personalized medicine concept. *EPMA J.* 2018;9(4):355—65.
- Решетников В. А., ред. *Основы статистического анализа в медицине: Учебное пособие*. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство»; 2020. 176 с.
- Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health. Geneva: WHO; 2013.
- Пустотина О. А. Прегравидарная подготовка. *Медицинский совет*. 2017;13:64—70.
- Dorney E., Black K. I. Preconception care. *AJGP*. 2018;47(7):424—9.
- Simon C. Introduction: Preconceptional Care: Do We Have to Care? *Fertil. Steril.* 2019;112(4):611—2.
- Stephenson J. Europe PMC Funders Group Lancet. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet*. 2018;391(10132):1830—41.
- Решетников А. В., Ачкасов Е. Е., Решетников В. А. *Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи*. М.: ТПС Принт; 2017. 296 с.
- Тарченко В. С., Бийжанова Э. К. Исследование брачно-семейных представлений студенческой молодежи: обзор российских работ. *Общество: социология, педагогика, психология*. 2018;(12):50—5.
- Проخورова О. В., Обоскалова Т. А., Воронцова А. В., Киселева М. К. Оценка осведомленности первородящих пациенток об особенностях прегравидарной подготовки. *Уральский медицинский журнал*. 2017;6(150):36—9.
- Declore L., Lacoursiere D. Y. Preconception Care of the Obese Woman. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2016;59(1):129—39.
- Bortolus R., Oprandi N. C., Morassutti F. R., Marchetto L., Filippini F., Agricola E. Why women do not ask for information on preconception health? A qualitative study. *BMC Pregn. Childbirth*. 2017;17:5.
- Goodfellow A., Frank J., McAteer J., Rankin J. Improving preconception health and care: a situation analysis. *BMC Health Serv. Res.* 2017;17:595.
- Hemsing N., Greaves L., Poole N. Preconception health care interventions: A scoping review. *Sex. Reproduct. Healthcare*. 2017;14:24—32.
- Poels M., van Stel H. F., Franx A., Koster M. P. H. The Effect of a Local Promotional Campaign on Preconceptional Lifestyle Changes and the Use of Preconception Care. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care*. 2018;23(1):38—44.
- Sijpkens M. K., van Voorst S. F., de Jong-Potjer L. C., Denktas S., Verhoeff A. P., Bertens L. C. M. The effect of a preconception care outreach strategy: the Healthy Pregnancy 4 All study. *BMC Health Serv. Res.* 2019;19:60.
- Skogsdala Y., Fadlb H., Caoc Y., Karlsson J., Tyd A. An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health — a randomized controlled trial. *Upsala J. Med. Sci.* 2019;124(3):203—12.
- Дедов И. И., Тюльпаков А. Н., Чехонин В. П., Баклаушев В. П., Арчаков А. И., Мошковский С. А. Персонализированная медицина: современное состояние и перспективы. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2012;67(12):4—12.

REFERENCES

- Kavaeva N. Yu., Vyatkin K. O., Rosyuk E. A. Assessment of the degree of readiness of medical students for pregnancy. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney = Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. 2016;65(S1):65—6 (in Russian).
- Mironova Yu. G. Factors in the development of reproductive attitudes among Russian regional students (a case study of Astrakhan). *Obshchestvo: sotsiologiya, psikhologiya, pedagogika = Society: sociology, psychology, pedagogy*. 2018;12(56):56—9 (in Russian).
- Shevchenko K. S., Kovaleva G. A. Reproductive attitudes of youth (on the example of students of Cherepovets state University). International conference «Lomonosov-2018» [Mezhdunarodnaya konferenciya «Lomonosov-2018»]. Cherepovets: Section «Sociology of family and demography»; 2018. P. 1—2 (in Russian).
- Radzinskij V. E., ed. Preconception care: clinical protocol [Pregravidarnaya podgotovka: klinicheskij protokol]. Moscow: StatusPraesens; 2016. 80 p. (in Russian).
- Berezovskaya K. E., Fedorova K. Yu., Kolbina A. P., Krasnoperova A. I., Dudareva V. A., Dyadikova I. G. Studying public awareness of the need to prepare for pregnancy: facts, realities, prospects. In: First Interregional conference of students and young scientists «Modern concepts of preventive medicine» [Pervaya Mezhtseleynaya konferenciya «Sovremennye koncepcii profilacticheskoy mediciny»]. Rostov-na-Donu; 2018. P. 49—52 (in Russian).
- Shishcanu D., Marianian A. Y., Iliadi-Tulbure C. Preconceptional care: Opportunities and challenges. *Acta Biomed. Scient.* 2018;3:69—74.
- Hood L., Balling R., Auffray C. Revolutionizing medicine in the 21st century through systems approaches. *Biotechnol. J.* 2012;7(8):992—1001.
- Apolihin O. I., Katibov M. I., Shaderkin I. A., Prosyannikov M. Yu. Principles of “4P medicine” in the organization care in the context of urological diseases. *Ekspierimental'naya i klinicheskaya urologiya = Experimental and Clinical Urology*. 2017;(1):4—8 (in Russian).
- Belushkina N. N., Chemezova A. S., Paltsev M. A. Personalized medicine: from idea to implementation in practical health. *Molekul'yarnaya medicina*. 2018;16(3):9—15 (in Russian).
- Dedov I. I. Personalized medicine: on the threshold of a new era. In: Modern achievements in the treatment of socially significant diseases [Sovremennye dostizheniya v lechenii social'no-znachimyh zabolevaniy]. Moscow; 2018. P. 105—11 (in Russian).
- Prosyannikov M. Yu., Konstantinova O. V., Voitko D. A., Anokhin N. V., Kuraeva V. M., Apolikhin O. I., Sivkov A. V. «Medicine 4P» on the example of managing patients with urolithiasis. *Ekspierimental'naya i klinicheskaya urologiya = Experimental and Clinical Urology*. 2019;(4):19—24 (in Russian).
- Di Sanzo M., Cipolloni L., Borro M., La Russa R., Santurro A., Scopetti M. Clinical Applications of Personalized Medicine: A New Paradigm and Challenge. *Curr. Pharm. Biotechnol.* 2017;18(3):194—203.
- Sagner M., McNeil A., Puska P., Auffray C., Price N. D., Hood L. The P4 Health Spectrum — A Predictive, Preventive, Personalized and Participatory Continuum for Promoting Healthspan. *Prog. Cardiovasc. Dis.* 2017;59(5):506—21.
- Grigorescu S., Cazan A. M., Grigorescu O. D., Rogozea L. M. The role of the personality traits and work characteristics in the prediction of the burnout syndrome among nurses — a new approach within predictive, preventive, and personalized medicine concept. *EPMA J.* 2018;9(4):355—65.
- Reshetnikov V. A. The basics of statistical analysis in medicine: Text-book [Osnovy statisticheskogo analiza v medicine: Uchebnoe posobie]. Moscow: Publishing house “Medical information Agency”; 2020. 176 p. (in Russian).
- Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health. Geneva: WHO; 2013.
- Pustotina O. A. Preconceptual care. *Meditinskij sovet.* 2017;13:64—70 (in Russian).
- Dorney E., Black K. I. Preconception care. *AJGP.* 2018;47(7):424—9.
- Simon C. Introduction: Preconceptional Care: Do We Have to Care? *Fertil. Steril.* 2019;112(4):611—2.
- Stephenson J. Europe PMC Funders Group Lancet. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet.* 2018;391(10132):1830—41.
- Reshetnikov A. V., Achkasov E. E., Reshetnikov V. A. Building of a healthy life style of students [Formirovanie zdorovogo obraza zhizni studencheskoj molodezhi]. Moscow: TPS Print; 2017. 296 p. (in Russian).
- Tarchenko V. S., Biyghanova E. K. Views of students on marriage and family: a review of Russian studies. *Obshchestvo: sotsiologiya, pedagogika, psikhologiya = Society: Sociology, Pedagogy, Psychology*. 2018;(12):50—5 (in Russian).
- Prokhorova O. V., Oboskalova T. A., Vorontsova A. V., Kiseleva M. K. Assessment of awareness of primiparous patients about the features of preconceptual care. *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal = Ural Medical Journal.* 2017;6(150):36—9 (in Russian).
- Declore L., Lacoursiere D. Y. Preconception Care of the Obese Woman. *Clin. Obstet. Gynecol.* 2016;59(1):129—39.
- Bortolus R., Oprandi N. C., Morassutti F. R., Marchetto L., Filippini F., Agricola E. Why women do not ask for information on preconception health? A qualitative study. *BMC Pregn. Childbirth.* 2017;17:5.
- Goodfellow A., Frank J., McAteer J., Rankin J. Improving preconception health and care: a situation analysis. *BMC Health Serv. Res.* 2017;17:595.
- Hemsing N., Greaves L., Poole N. Preconception health care interventions: A scoping review. *Sex. Reproduct. Healthcare.* 2017;14:24—32.
- Poels M., van Stel H. F., Franx A., Koster M. P. H. The Effect of a Local Promotional Campaign on Preconceptional Lifestyle Changes and the Use of Preconception Care. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care.* 2018;23(1):38—44.
- Sijpkens M. K., van Voorst S. F., de Jong-Potjer L. C., Denktas S., Verhoeff A. P., Bertens L. C. M. The effect of a preconception care outreach strategy: the Healthy Pregnancy 4 All study. *BMC Health Serv. Res.* 2019;19:60.
- Skogsdala Y., Fadlb H., Caoc Y., Karlsson J., Tyd A. An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health — a randomized controlled trial. *Upsala J. Med. Sci.* 2019;124(3):203—12.
- Dedov I. I., Tyul'pakov A. N., Chekhonin V. P., Baklaushev V. P., Archakov A. I., Moshkovskij S. A. Personalized medicine: State-of-the-art and prospects. *Vestnik RAMN.* 2012;67(12):4—12 (in Russian).

Царцидис Е. А.

ОБЩАЯ И ЛОР-ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ГБУЗ «Ставропольская краевая клиническая больница», 355030, г. Ставрополь

Представлены результаты изучения здоровья 1050 студентов медицинского университета. Особое внимание уделено распространенности и выраженности ЛОР-патологии у обучающихся. Установлено, что при высокой самооценке компетентности в вопросах здоровья лишь 55,4% студентов I курса и 59% студентов последних курсов отметили важность соблюдения здорового образа жизни. Изучение заболеваемости обучающихся дало основание больше половины из них отнести к часто болеющим простудными заболеваниями. Обострения риносинусита отмечены в $6,2 \pm 0,3$ случая у студентов I курса и $8,6 \pm 0,5$ у студентов выпускных курсов, в 2017 г. — $2,8 \pm 0,2$ и $3,1 \pm 0,3$ соответственно.

Отмечено раннее начало приема антибактериальных препаратов респондентами при простудных заболеваниях, что в трети случаев было сделано по совету сотрудника аптеки. Сделан вывод о необходимости разработки профилактической программы в отношении ЛОР-патологии, которая была бы реализована без отрыва от учебы.

К л ю ч е в ы е с л о в а : здоровый образ жизни; здоровье студентов; заболеваемость; ЛОР-патология; риносинуситы.

Для цитирования: Царцидис Е. А. Общая и лор-заболеваемость студентов медицинского университета. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):103—106. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-103-106>

Для корреспонденции: Царцидис Екатерина Алексеевна, врач-оториноларинголог отделения оториноларингологии Ставропольской краевой клинической больницы; e-mail: gogo-83@mail.ru

Tsartsidis E. A.

THE GENERAL AND ENT MORBIDITY OF STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY

The State Budget Institution of Health Care «The Stavropol Kraii Clinical Hospital», 355030, Stavropol, Russia

The article presents results of studying health of 1050 students of medical University. The prevalence and severity of otorhinolaryngological pathology among students is of priority attention. It was established that with high self-assessment of competence in health issues, only 55.4% of first-year students and 59% of last-year students mentioned importance of maintaining healthy lifestyle. The analysis of students' morbidity permitted more than half out of them to refer to frequently sick with chill (68.1% and 68.9% respectively). The rhinosinusitis acute conditions were 6.2 ± 0.3 cases in first-year students and 8.6 ± 0.5 cases in graduate students and in 2017 2.8 ± 0.2 and 3.1 ± 0.3 cases respectively.

The early start of antibacterial medication intake by respondents because of chill was established. While in one third of all cases this was implemented because of advice of pharmacy employee. It is concluded that it is necessary to develop preventive program concerning otolaryngological pathology that can be implemented on part-time classes.

К е y w o r d s : healthy lifestyle; students; health; morbidity; otorhinolaryngological pathology; rhinosinusitis.

For citation: Tsartsidis E. A. The general and ENT morbidity of students of Medical University. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):103—106 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-103-106>

For correspondence: Tsartsidis E. A., the otorhinolaryngologist of the Department of otorhinolaryngology of the State Budget Institution of Health Care «The Stavropol Kraii Clinical Hospital». e-mail: gogo-83@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 01.08.2020
Accepted 29.10.2020

Введение

Студенчество представляет собой возрастную группу с особыми условиями труда и жизни. В этот период происходит процесс биологического, психологического, социального формирования и адаптации организма, который отличается ранимостью и восприимчивостью к неблагоприятным внешним воздействиям и требует особого внимания. Закладка фундамента социальной устойчивости человека часто происходит во время студенчества [1, 2]. В силу влияния множества неблагоприятных факторов на неподготовленный организм подростка этот период развития можно отнести к критическим [3].

Студенты относятся к значимой социальной группе населения, в связи с чем состояние их здоро-

вья влияет на уровень развития страны, на культурный, экономический, трудовой и оборонный потенциал общества и государства в целом. За последние годы наблюдаются негативные динамические изменения показателей здоровья молодых людей, его системное ухудшение, безответственное отношение юношества к своему здоровью [4—6].

Данные о распространенности патологии лор-органов среди молодых людей редки, хотя проблема заболеваемости в данной возрастной группе сохраняется на высоком уровне и остается актуальной [7—9]. В связи с этим представляют интерес программы профилактики лор-заболеваний среди студентов.

Цель исследования — изучить образ жизни, структуру заболеваемости и распространенность

лор-патологии в целом и риносинуситов в частности у студентов медицинского университета.

Материалы и методы

С целью оценки состояния здоровья студентов в динамике в 2017 г. проведено сплошное анкетирование обучающихся первого (I) и выпускных курсов Ставропольского государственного медицинского университета (СтГМУ). В исследовании приняли участие 1050 студентов СтГМУ в возрасте 16—24 лет (средний возраст студентов I курса составил $17,8 \pm 0,4$ года, студентов старших курсов — $22,1 \pm 0,6$ года). По полу опрошенные распределились следующим образом: на I курсе девушек было 63,2%, юношей — 36,8%, на выпускных курсах девушек — 51,9%, юношей — 48,1%.

Анкета включала 78 вопросов и была разделена на несколько смысловых блоков: здоровье и самочувствие, образ жизни и отношение студентов к здоровому образу жизни (ЗОЖ), соблюдение ЗОЖ, источники получаемой информации о здоровье, условия жизни и труда, компетентность студентов при принятии самостоятельного решения в вопросах личного здоровья, доверие к системе здравоохранения, качество и доступность медицинской помощи. Отдельный блок вопросов был направлен на выявление имеющейся у респондентов лор-патологии, в том числе причины ее развития (по мнению самих респондентов), использованные методы диагностики, симптомы, принятые лечебные и профилактические меры, удовлетворенность респондентов получаемой медицинской помощью, наличие осложнений, прохождение диспансеризации и санаторно-курортного лечения. Для оценки тяжести симптомов и эффективности лечения использовали модифицированную балльную аналоговую шкалу.

Результаты исследования

Большинство студентов оценили состояние своего здоровья как хорошее (на I курсе — 79,5%, на выпускных курсах — 83,7%), не препятствующее повседневной работе (94,4% студентов I курса и 100% — последних курсов). Число курящих на I курсе составило 2,1%, на последних — 7,8%, а пассивными курильщиками являются 17,7% студентов I курса и 12,1% — последних курсов. При проведении оценки внешних факторов, которые влияют на состояние здоровья студентов, установлено, что 43,7% студентов I курса и 42,9% студентов последних курсов отмечают наличие вредных внешних воздействий в местах проживания. Только 55,4 % студентов I курса и 59% — последних курсов отметили важность соблюдения ЗОЖ; 0,2% студентов I курса и 16% — последних курсов не придерживаются ЗОЖ. Указали на необходимость получения информации о ЗОЖ 27,6% студентов I курса и 28% — последних курсов. В качестве желаемого источника информации респонденты указали сеть Интернет и своих друзей, студентов-медиков. Только 7,3% студентов I курса и 7,8% — последних курсов считают себя скорее некомпетентными в принятии самостоятельного решения в вопро-

сах улучшения здоровья. Респонденты в основном доверяют официальной медицине (85,4% студентов I курса и 85% — последних курсов), но при этом только половина опрошенных выполняют рекомендации врачей.

В качестве причин несоблюдения рекомендаций врачей респонденты отмечают наличие побочных эффектов, отсутствие времени и только 16,2% студентов I курса и 16,3% — последних курсов связали несоблюдение рекомендаций с дороговизной назначаемого лечения. На вопрос о причинах позднего обращения за медицинской помощью в связи с развившимся заболеванием студенты в основном отметили страх обнаружения у них серьезной патологии и надежду на скорое самостоятельное выздоровление.

При исследовании общей заболеваемости студентов I и последних курсов выявлено наличие патологии органов пищеварения (29,8 и 34,6% соответственно), органов дыхания (35,3 и 41,2% соответственно), органов сердечно-сосудистой системы (8,7 и 10,3% соответственно). Несмотря на наличие у них заболеваний, 68,5% студентов I курса и 46,9% студентов последних курсов считают себя абсолютно здоровыми.

При оценке частоты простудных заболеваний в течение года выявлено, что 68,1% студентов I курса и 68,9% — последних курсов следует отнести к часто болеющим (4—6 раз в год и более). При этом 39,2% студентов I курса и 37,4% — последних курсов не посещают учебу во время простуды, которая длится в среднем $10,2 \pm 1,9$ дня у студентов I курса и $11,3 \pm 2,1$ дня у студентов последних курсов.

Первыми проявлениями развития простудного заболевания большая часть студентов I и последних курсов отметили симптомы патологии носа и придаточных пазух носа, только 15,1% студентов I курса и 15% — последних курсов указали на наличие боли в горле при проявлении простуды.

Несмотря на то что 37,5% первокурсников и 38,5% студентов последних курсов ранее проходили лечение по поводу имеющейся у них патологии лор-органов, диспансеризацию в связи с лор-заболеванием прошли только 6,9% студентов I курса и 7,6% — последних курсов. Из числа студентов с имеющейся лор-патологией 48,9% первокурсников и 50,6% студентов последних курсов осмотрены лор-врачом более 1 года назад, а на учете состоят 14,7% студентов I курса и 16,3% студентов последних курсов. При оценке имеющейся лор-патологии выявлено, что среди студентов с имеющейся лор-патологией у 44,3% на I курсе и 42,9% на последних курсах имеется патология носа и придаточных пазух носа. У 67,7% студентов I курса и 88,4% последних курсов лор-патология выявлена по самообращению. Опрос студентов показал, что у 36,6% студентов I курса и 30% студентов II курса имеется затрудненное носовое дыхание. В среднем затрудненное носовое дыхание наблюдается у студентов I курса $4,6 \pm 0,7$ года и у студентов последних курсов $6,1 \pm 0,9$ года. У 16,6% первокурсников и 16% студентов последних курсов в анамнезе был риносинусит, клиническая картина кото-

Здоровье и общество

Время начала приема антибактериальных препаратов студентами после появления симптомов простудного заболевания (в %)

Срок после появления первых симптомов	I курс	V—VI курс
Сразу	16,9	20,0
Спустя 1—2 дня	42,7	34,1
Спустя 3—4 дня	11,2	14,1
Спустя 5—7 дней	15,7	18,9
Через 1 нед	13,5	12,9

рого развилась после простуды и подтверждена рентгенографически. В среднем риносинусит встречался $6,2 \pm 0,3$ раза у студентов I курса и $8,6 \pm 0,5$ раза у студентов выпускных курсов, а за 2017 г. — $2,8 \pm 0,2$ и $3,1 \pm 0,3$ раза соответственно.

Детальное изучение истории заболевания риносинуситами выявило, что чаще всего у студентов встречается патология гайморовых пазух, реже лобных и наиболее редко — клиновидной пазух. В среднем длительность консервативной терапии риносинусита составляла $12,3 \pm 1,6$ дня у первокурсников и $15,7 \pm 2,4$ дня у студентов последних курсов. Лечение риносинусита проводилось консервативно 47,2% первокурсников и 38,8% студентов последних курсов, остальные перенесли в основном «малые» оперативные вмешательства: пункции верхнечелюстных пазух (78,7 и 78,8% соответственно).

Изучение сроков приема антибактериальных препаратов студентами показало, что только 13,5% студентов I курса и 12,9% студентов последних курсов начинают принимать антибактериальные препараты через неделю от начала простудного заболевания. Остальные респонденты начинают прием антибиотиков самостоятельно раньше (см. таблицу).

Установлено, врач что назначал лечение антибактериальным препаратом 62,9% студентов I курса и 66% студентов последних курсов, а провизор — 32,6 и 25,9% студентов соответственно. Курс консервативной терапии проводился в основном амбулаторно без применения физиотерапевтических методов лечения 63% первокурсников и 73% студентов последних курсов. Курс реабилитации при наличии в анамнезе риносинусита прошли только 2,3% студентов на I и 3,5% — на последних курсах. Согласно скрининг-анкетированию установлено, что значительная часть считающих себя здоровыми (68,5 и 46,9% соответственно) уже до поступления в университет имели патологию органов дыхания (35,3%), органов пищеварения (29,8%) и органов сердечно-сосудистой системы (8,7%). При этом 68,1% первокурсников и 68,9% студентов последних курсов относятся к часто болеющему контингенту, из которых не посещают учебу во время простуды 39,2 и 37,4% студентов соответственно. Нехватка времени, необходимой адекватной информации и другие факторы препятствуют соблюдению ЗОЖ. Среди опрошенных студентов выявлена высокая распространенность риносинуситов (с частотой встречаемости в течение жизни $6,2 \pm 0,3$ и $8,6 \pm 0,5$ раза). При этом только 14,7% студентов I курса и 16,3% — последних курсов находятся на учете у отоларинголога, а курс реабилитации прошел лишь каждый пятидесятый студент.

Заключение

Полученные данные указывают на необходимость разработки специализированной программы, направленной на формирование здоровьеориентированного и здоровьесберегающего мышления у молодежи в условиях студенческой среды. Данная программа должна не только носить информационный характер, но и создавать на практике условия для укрепления здоровья обучающихся. В связи с высоким распространением риносинуситов среди студентов оздоровительная программа должна включать меры по обеспечению своевременного учета, прохождения необходимых профилактических и лечебных процедур, а также реабилитации с целью предупреждения развития и формирования хронических форм риносинуситов. При этом весь необходимый спектр профилактических мероприятий без отрыва студентов от учебного процесса необходимо интегрировать в повседневную работу университета.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Резник С. Д., Черниковская М. В. Социальная устойчивость студенческой молодежи России: как оценивают ее сами студенты. *Интеграция образования*. 2019;23(1):85—99.
2. Шевырдяева К. С., Лыгина М. А. Изучение ориентации студентов на ведение здорового образа жизни и сформированности ценностного отношения студентов к здоровью. *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Гуманитарные науки*. 2017;4(44):162—7.
3. Иванов В. Ю. Гигиенические проблемы охраны здоровья и безопасности подростков, работающих во внеучебное время. *Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья*. 2014;(3):37—9.
4. Марков Р. А., Амлаев К. Р. Состояние здоровья юношей допризывного возраста. *Астраханский медицинский журнал*. 2016;11(3):44—53.
5. Амлаев К. Р., Зафирова В. Б., Степанова Е. В., Узденов И. М., Айбазов Р. У. Результаты изучения образа жизни и грамотности молодежи в вопросах здоровья. *Профилактическая медицина*. 2014;(3):40—4.
6. Амлаев К. Р., Марков Р. А. Самооценка личного здоровья юношей Ставропольского края. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2016;3(158):10—5.
7. Каскаева Д. С., Дашиева Е. Б. Анализ заболеваемости студентов первого курса в ходе углубленного медицинского осмотра за период 2012—2015 годы в Красноярском Государственном медицинском университете. *Сибирский медицинский журнал*. 2016;143(4):26—8.
8. Козьявина Н. В., Журавская Н. С., Калинина Е. П., Кузьмин А. П. Состояние резистентности юношей больных внебольничной пневмонией. *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 2007;(25):35—8.
9. Шевцова А. О., Лавлинская Л. И., Черных Е. А. Заболеваемость и факторы риска развития ЛОР-патологии среди студентов ВГМУ им Н. Н. Бурденко. *Молодежный инновационный вестник*. 2018;7(S1):283.

Поступила 01.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Reznik S. D., Chernikova M. V. Social stability of student youth in Russia: how students evaluate it themselves. *Integratsiya obrazovaniya*. 2019;23(1):85—99 (in Russian).

2. Shevyrdyayeva K. S., Lygina M. A. Study of students' orientation to maintaining a healthy lifestyle and formation of students' value attitude to health. *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Gumanitarnyye nauki = News of Higher Educational Institutions. Volga Region. Humanities.* 2017;44(4):162—7 (in Russian).
3. Ivanov V. Yu. Hygienic problems of health and safety of adolescents working outside school hours. *Voprosy shkol'noy i universitetskoy meditsiny i zdorov'ya.* 2014;(3):37—9 (in Russian).
4. Markov R. A., Amlaev K. R. The state of health of young men of pre-conscription age. *Astrakhanskij medicinskij zhurnal.* 2016;1(3):44—53 (in Russian).
5. Amlaev K. R., Zafirova V. B., Stepanova E. V., Uzdenov I. M., Aybazonov R. U. Results of studying the youth's lifestyle and health literacy. *Profilakticheskaya medicina.* 2014;(3):40—4 (in Russian).
6. Amlaev K. R., Markov R. A. Self-assessment of health of young men of the Stavropol territory. *Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik.* 2016;158(3):10—5.
7. Kaskayeva D. S., Dashieva E. B. Analysis of the incidence of first-year students during an in-depth medical examination for the period 2012—2015 at the Krasnoyarsk State Medical University. *Sibirskij medicinskij zhurnal.* 2016;143(4):26—8 (in Russian).
8. Kozyavina N. V., Zhuravskaya N. S., Kalinina E. P., Kuzmin A. P. State of resistance of young men with community-acquired pneumonia. *Bulleten fiziologii i patologii dyhaniya.* 2007;(25):35—8 (in Russian).
9. Shevtsova A. O., Lavlinskaya L. I., Chernykh E. A., Lavlinskaya L. I., Chernykh E. A. Morbidity and risk factors of otorinolaryngological pathology development among students of N. N. Burdenko VSMU. *Molodezhnyi innovatsionnyi vestnik.* 2018;7(S1):283 (in Russian).

Танатова Д. К., Юдина Т. Н., Королев И. В.

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И СПОРТ В ЖИЗНИ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ РОССИЙСКИХ ГОРОДОВ

ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», 129226, г. Москва

Статья посвящена реализации государственной политики по увеличению продолжительности здоровой жизни, периода активного долголетия населения через вовлечение пожилых людей в занятия спортом и физическую активность. В основу статьи легли результаты фокус-групповых дискуссий респондентов в возрасте 60 лет и старше. Проанализирован интерес старшего поколения к спорту, к занятиям спортом и физической активности, их личная вовлеченность в занятия конкретными видами спорта и физической активности, а также личные мотивы и установки на занятия спортом и физическую активность. Показаны барьеры для занятий спортом в конкретных российских городах, в том числе выявлены несоответствия между предложениями администрации городов по занятиям и возможностью участия в этих занятиях пожилых людей в районе их проживания. В заключение систематизируются предложения людей старшего поколения по пропаганде спорта в их городах в рамках реализации государственной политики по увеличению периода активного долголетия населения.

К л ю ч е в ы е с л о в а : продолжительность здоровой жизни; активное долголетие; физическая активность; спорт; старшее поколение.

Для цитирования: Танатова Д. К., Юдина Т. Н., Королев И. В. Физическая активность и спорт в жизни старшего поколения российских городов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):107—112. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-107-112>

Для корреспонденции: Юдина Татьяна Николаевна, д-р социол. наук, профессор факультета социологии Российского государственного социального университета, e-mail: ioudinatn@mail.ru

Tanatova D. K., Yudina T. N., Korolev I. V.

THE PHYSICAL ACTIVITY AND SPORT IN LIFE OF ELDER GENERATION OF RUSSIAN CITIES

The Federal State Budget Institution of High Education “The Russian State Social University”, 129226, Moscow, Russia

The article is devoted to implementation of state policy of increasing duration of healthy life and active longevity of population through involvement of the elderly into sport and physical activity. The article is based on the results of focus group discussions of respondents aged 60 years and older. The interest and personal involvement of the elderly in sport and physical activity, including corresponding personal motivation and attitude. The particular obstacles to sport activities in specific Russian cities including inconsistencies between municipality administration proposals for exercises and opportunities of participating in area of residence of the elderly. The proposals of the elderly related to sports [promotion in their residences as component of state policy in increasing duration of active longevity are summarized.

К е у о р д с : healthy life-style; life expectancy; active longevity; physical activity; sports; the elderly.

For citation: Tanatova D. K., Yudina T. N., Korolev I. V. The physical activity and sport in life of elder generation of Russian cities. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):107—112 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-107-112>

For correspondence: Yudina T. N., doctor of sociological sciences, professor of the Faculty of Sociology of the Russian State Social University. e-mail: ioudinatn@mail.ru

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

Acknowledgment. The study was commissioned by the Federal state budgetary institution «Federal scientific center of physical culture and sports» (Federal state budgetary institution VNIIFK) (Contract no. 0373100110420000005).

Received 04.08.2020

Accepted 29.10.2020

Современная демографическая ситуация в России характеризуется динамичным увеличением доли населения старше 60 лет в общей численности населения. В 2019 г. продолжительность жизни в России составила 73,4 года. По расчетам Росстата, согласно среднему сценарию, продолжительность жизни россиян к 2035 г. увеличится до 79,1 года [1]. Однако, как показывают исследования, здоровье российских мужчин и женщин резко падает после 50 лет [2]. Поэтому надо говорить не просто о продолжительности жизни, а о продолжительности здоровой, активной, полноценной жизни, когда болезни не ограничивают жизнедеятельность человека, так как трудовая активность у пожилых может сохраняться до 80 лет [3]. В 2019 г. Росстат впервые оценил продолжительность здоровой жизни россиян. Она составила 60,3 года. Ожидаемая продолжительность здоро-

вой жизни в Москве составила 65,1 года, в Санкт-Петербурге — 62,1 года [1]. Одной из задач Национальной стратегии действий в интересах граждан пожилого возраста до 2025 г. является задача повышения продолжительности здоровой жизни к 2024 г. до 67 лет [4]. Нельзя сохранить здоровье до старости без физической активности. Как свидетельствуют результаты выборочного наблюдения состояния здоровья населения, в 2019 г. по Российской Федерации доля граждан, систематически занимающихся физкультурой и спортом, составила лишь 27,5%, в том числе 30,6% у мужчин, 24,8% у женщин [5]. Необходимо приобщать к физической активности и население пожилого возраста. На это нацелены федеральные и региональные программы. Принят Приказ Минтруда России от 12.04.2019 № 242 «Об утверждении рекомендаций по повышению эффек-

тивности мероприятий региональных программ, направленных на укрепление здоровья, увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни граждан старшего поколения», в рамках которого определены основные направления его реализации, а именно: «проведение информационно-коммуникационной кампании, популяризирующей занятия физической культурой и спортом; поощрение физической активности в повседневной деятельности; обеспечение доступа граждан старшего поколения к формам активного передвижения, включая ходьбу и езду на велосипеде, и обеспечение их безопасности; проведение на рабочих местах политики, способствующей физической активности граждан старшего поколения; содействие в организации и проведении ежегодной спартакиады пенсионеров России, вовлечение пенсионеров в массовые старты „Лыжня России“, „Кросс нации“, „Российский Азимут“ и др., содействие в организации мероприятий, направленных на развитие регулярных занятий физической культурой и спортом, проводимых общественными физкультурно-спортивными обществами, организациями, включая Союз пенсионеров России» [6]. Но без осознания данной возрастной категорией необходимости быть физически активными, заниматься физкультурой и спортом реализация всех мероприятий останется только в планах. Признавая на словах важность физкультуры и спорта для здоровья, многие в реальной жизни пренебрегают возможностями его сохранения [7, 8]. Поэтому целью нашего исследования стало выявление среди различных половозрастных групп населения российских городов старше 60 лет мотивов и стимулов к систематическим занятиям физической культурой и спортом, в том числе механизмов формирования индивидуальных потребностей к занятиям конкретными видами спорта и системами физических упражнений, а также факторов, препятствующих занятиям физической культурой и спортом.

Материалы и методы

Статья подготовлена на основе анализа данных социологического исследования, проведенного в июне 2020 г. по заказу ФГБУ «Федеральный научный центр физической культуры и спорта» (ФГБУ ФНЦ ВНИИФК).

Эмпирическим объектом исследования выступили граждане 60 лет и старше — жители городов Курск, Симферополь и В. Новгород. При формировании фокус-групп для дискуссий участников учитывалась гетерогенность по полу и гомогенность по типу населенного пункта в пределах выделенных категорий городов. Рекрутинг осуществлялся разными методами, в том числе с помощью поиска в социальных сетях (например, специализированные сообщества) на основе изучения профиля в ВКонтакте и/или Фейсбуке по заданным критериям, по интересам пользователей, демографии и т. д. Также использовался метод телефонного опроса или онлайн-опроса Computer Assisted Web Interviewing (CAWI) с использованием скрининговой анкеты для рекру-

тинга. Сама групповая дискуссия велась через скайп в режиме реального времени.

Результаты исследования

Интерес старшего поколения к спорту, к занятиям спортом и физической активности. Основные потребности граждан старше 60 лет в занятиях физической культурой и спортом связаны с поддержкой здоровья, бодрости, активного тонуса не только ради себя и своего хорошего самочувствия, но и для окружающих. Галина Николаевна (Симферополь): «Я не знаю, сколько нам осталось жить, ясно, что лучшие годы позади, но мне бы хотелось, чтобы оставшиеся годы были бы качественными, и для этого, для поддержания тонуса духа и тела, я занимаюсь физической культурой, плюс я не хотела бы доставить проблемы детям своим здоровьем, я вижу, насколько они заняты». Иван Семенович (Курск): «Я хочу быть полезным обществу и окружающим, родственникам, близким, друзьям и приносить им пользу и радость, помогать им всем, кому тяжело, кому трудно, мало ли что, где. Если я могу быть полезным морально, материально, я хочу быть рядом с этими людьми, и как можно дольше быть, помогать вот так вот людям, делать добро». Борис Дмитриевич (Курск): «Мы внутренне пытаемся доказать и себе, и окружающим, что мы в хорошей форме, что мы еще можем прожить долгую жизнь и быть полезными обществу. А ведь подспудно это все о том, что возраст, он, все-таки, берет свое, и мы, занимаясь спортом, пытаемся как бы самих себя убедить в том, что нам еще далеко до глубокой старости».

Потребность быть примером для своих детей, внуков и окружающих в целом подчеркивается пожилыми людьми. Иван Семенович (Курск): «Мои дети просто смотрят на меня и как будто заражаются этой спортивной инфекцией».

Однако данная возрастная категория людей большой акцент делает на удовлетворение потребности в общении, поднятии настроения, формировании общего спортивного духа, эмоциональной разрядке. Зоя Николаевна (В. Новгород): «Спорт — это физическая активность, хорошее настроение и позитив, и общение со спортивным коллективом. Спорт — это жизнь, настроение, эмоции и ура, ура, ура!» Елена Борисовна (Симферополь): «Спорт — это общение, когда мы в группе занимаемся, мы много что узнаем, мы общаемся». Людмила Ивановна (Симферополь): «Спорт — это настроение, тонус жизни, это прежде всего общение, я хожу на скандинавскую ходьбу. У меня столько появилось знакомых, люди все очень интересные».

Люди пенсионного возраста ассоциируют занятия физкультурой и спортом с определенной культурой поведения, обзором жизни и воспитания. Галина Николаевна (Симферополь): «Мне бы хотелось, чтобы спорт ассоциировался со словом „культура“. Культуру невозможно навязать, ее надо воспитывать. И это надо прививать с детства. Не кормить детей мифами — большими достижениями, за кото-

Здоровье и общество

рые они будут получать большие „бабки“, а должна быть физическая культура. Культура жизни, культура поведения». Борис Дмитриевич (Курск): «С возрастом начинаешь увлекаться тем, что приносит наиболее такой вот культурологический... культурологическое такое настроение и тепло».

Вовлеченность в занятия конкретными видами спорта и физической активности. Респонденты отмечают, что в их возрасте занятия спортом вызывают уважение и восхищение со стороны окружающих. Иван Семенович (Курск): «Может быть, это несколько громко сказано, спорт — это здоровье, прежде всего, имидж, так сказать, уважение со стороны окружающих меня людей, которые просто мне завидуют». Анна (Курск): «Я вижу, когда люди занимаются физкультурой — это физическая культура — это значит здоровое красивое тело, это походка, это приподнимает человека над остальной массой».

Занятия спортом поднимают самооценку и стимулируют соревновательный дух респондентов. Александр Владимирович (Курск): «Спорт, конечно же, в первую очередь, стремление к достижению каких-то более высоких физических показателей, потому что состязательный момент всегда какой-то присутствует, когда смотришь на других и стараешься к этому, так сказать, образу подойти, подтянуться каким-то образом».

Люди старшей возрастной группы свои спортивные потребности удовлетворяют посредством занятий конкретными видами спорта или физической активностью. Конкретные виды спорта, которые предпочитают люди в возрасте 60 лет и старше, — это плавание, скандинавская ходьба, езда на велосипеде, некоторые игровые виды спорта, танцы. Иван Семенович (Курск): «Я каждую неделю хожу в бассейн плаваю, а в субботу вчера в футбол играл в команде. И сегодня проехал на велосипеде». Наталья Николаевна (В. Новгород): «Я бы хотела посещать бассейн». Раиса Степановна (В. Новгород): «А я предпочитала гимнастику и танцы. И сейчас дома включаю музыку и танцую под музыку. Занимаюсь с удовольствием танцевальными упражнениями». Зоя Николаевна (В. Новгород): «А я хожу в фитнес-клуб много-много лет».

Индивидуальные мотивы и стимулы к занятиям физической культурой и спортом. Респонденты старше 60 лет отмечают, что стимулом и мотивацией для занятий спортом могут служить примеры других людей вне зависимости от их возраста. Это может быть партнер по занятиям физкультурой, известный спортсмен или тренер. Анна (Курск): «Но, понимаете, нужны лидеры и энтузиасты, которые бы вовлекали. А вот их все-таки маловато. Это я имею в виду молодежь, наш возраст уже все понятно, здесь мы сами уже взрослые люди, мы все отдаем отчет своим поступкам, своим действиям, следим за собой. А молодежи нужны увлечения и лидерство чье-то, на кого надо равняться». Раиса Степановна (В. Новгород): «Многое зависит от преподавателей, как они замотивируют ребенка». Анна (Курск): «Я согласна, что,

во-первых, нет хороших примеров, никто не заразил».

Мотивацией к занятиям физической культурой и спортом для пожилых людей в возрасте старше 60 лет служит мнение некоторых людей, которым они доверяют. К этим людям относятся, во-первых, врачи. Лариса Александровна (Симферополь): «Нужно пропагандировать спорт по телевизору. Пусть наши доктора, которые там выступают, — Малышева, например, этим занимаются. Например, пусть по телевизору показывают картинку — как пенсионеры выходят из своего дома и с тренером идут заниматься на спортивную площадку. Многие бабушки будут к этому прислушиваться». Во-вторых, мотивировать могут спортивные тренеры. Наталья (Симферополь): «Должен быть человек, тренер-психолог, который приходил бы на площадку с группой и приглашал за компанию присоединиться». В-третьих, — известные телеведущие. Зоя Николаевна (В. Новгород): «В наш город приезжали некоторые телеведущие, например Лариса Вербицкая, и давала мастер-класс, как пользоваться палками для скандинавской ходьбы». В-четвертых, — известные спортсмены. Наталья (Симферополь): «Про спортсменов интересно читать, про их судьбы, про то, как шли к своим достижениям. Авторитет — те, кто достигли серьезных результатов, пусть и не самых больших побед. Но победили себя, обстоятельства, не объективное судейство и прочее. Интересно, как спортсмены настраиваются на победы, как они поднимаются после неудач. Что их мотивирует? (кроме денег)».

При этом отмечается, что мода на спорт уже не может мотивировать пенсионера. Анна (Курск): «Моды на спорт нет, но друг на друга смотрим». Борис Дмитриевич (Курск): «В нашем возрасте о моде, по-моему, говорить бессмысленно».

Еще одним мотивационным фактором служат примеры спортивных пенсионеров. Наталья (Симферополь): «Мотивирует внешний вид и результаты занятий реальных пенсионеров. Не просто фото обработанные, а как бы реальные женщины моего района!» Лариса Александровна (Симферополь): «Нас надо мотивировать — вот конкретная бабушка, она занимается спортом и т. д. Лучшее было бы под руководством тренера опытного. Вот, что было с бабушкой, — вот, что с бабушкой стало после того, как она стала заниматься спортом. А если она и похудеет немножко — вот для нас это мотивация!».

Индивидуальный подход к каждому пенсионеру с учетом его физических возможностей, состояния здоровья, хронических заболеваний может служить мотивационным стимулом для занятий физической культурой. Лариса Александровна (Симферополь): «Нужно создавать группы для людей с ограниченными возможностями. У кого-то проблемы с сердцем, давлением и т. д. Индивидуальный подход. Отдельные спортивные группы для людей за 70».

Наличие постоянного квалифицированного тренера является еще одним мотивационным фактором, поскольку с ним люди в возрасте старше 60 лет

будут чувствовать себя комфортно. Наталья (Симферополь): «Нагрузки и программы должны быть апробированы на продвинутых группах пенсионеров. Не хватает квалифицированного (!!!) человека, с которым можно заниматься рядом с домом, и места, где было бы мне удобно. Именно пенсионеру». Галина Николаевна (Симферополь): «Нужно подготовить тренеров нашего возраста. Тренер моего возраста будет чувствовать пенсионеров лучше». Татьяна Львовна (Симферополь): «Можно использовать опытных тренеров, которые работали бы со старшим поколением».

Организация бесплатных спортивных мероприятий может мотивировать население старше 60 лет на занятия физической культурой, поскольку многие пенсионеры отмечают финансовую недоступность спорта для этой категории граждан. Раиса Степановна (В. Новгород): «Организовывать посещение спортивных мероприятий группами со скидкой или бесплатно».

Барьеры для участия в спортивных мероприятиях региональных программ «Активное долголетие». Для граждан старше 60 лет занятия физической культурой воспринимается не только как возможность поддержания бодрости тела, но и как огромный труд, который может привести к потере здоровья. Наталья (Симферополь): «Для друзей моего круга физическая культура не всегда доступна. А подойдут ли по здоровью эти нагрузки? Всегда это большое сомнение». Раиса Степановна (В. Новгород): «Спорт — это тяжкий, тяжкий труд, многодневный, многочасовой. Чтобы добиться результатов, нужно очень хорошо потрудиться».

К факторам, препятствующим занятиям спортом, пенсионеры относят неразвитую инфраструктуру в своем городе. Александр Владимирович (Курск): «Дело в том, что существует проблема с территориями, где можно было бы заниматься спортом». Наталья (Симферополь): «В частном секторе нашего города проблема — администрация города не может найти возможности установить спортивную площадку. Очень трудно гулять в межсезонье — сыро, грязно, нужны нешиши прогулки, аэробные нагрузки, но маршрутов один-два. До центральной площади города и обратно ни одного турника, нет спортивной площадки». Наталья Николаевна (В. Новгород): «Не во всех городах есть бассейны хотя бы или ледовые дворцы. Многие крупные города не имеют таких спортивных сооружений».

Инфраструктура бывает не адаптирована под возрастную категорию граждан пенсионного возраста. Они не могут найти секцию, которая подходила бы их состоянию здоровья и уровню физической активности. Галина Николаевна (Симферополь): «Но беда в том, что многие клубы, секции не адаптированы под нас. Для нашего возраста хороший тренер и доступ кислорода обязательно должны быть». Елена Борисовна (Симферополь): «Еще было бы хорошо, если бы помещения соответствовали видам занятий. Иногда приходится заниматься в духоте».

Препятствием для занятий физической культурой для людей в возрасте старше 60 лет является высокая стоимость занятий в фитнес-центрах и секциях. Анна (Курск): «В основном сейчас все стало платным, бесплатного такого, знаете, чтобы развивало, не очень много, по крайней мере, в Курске». Лариса Александровна (Симферополь): «Нужно обязывать людей создавать для пенсионеров специальные группы за небольшую плату. Пускай маленькая плата будет. Если пенсия небольшая, значит и плата небольшая». Наталья Николаевна (В. Новгород): «Я бы хотела посещать бассейн. Это дорого для меня». Наталья (Симферополь): «Пенсия у меня минимальная, я неработающий пенсионер. Позволить себе абонемент не могу». Галина Николаевна (Симферополь): «Заоблачные цены для пенсионеров на все эти физкультуры. Это должно быть доступно».

Несмотря на то что в некоторых регионах есть специальные программы, курсы, секции, специальные скидки и абонементы в спортивные залы, пенсионеры отмечают их недостаток. Лариса Александровна (Симферополь): «Для нас, пенсионеров, делают иногда бесплатные или дешевые занятия. У нас есть организации, где для пенсионеров делают очень большие скидки. И я бы хотела, чтобы таких организаций было больше, где пенсионеры получали скидки, так как пенсия у нас, конечно, небольшая». Елена Борисовна (Симферополь): «Хотелось бы, чтобы у нас было как в Москве. В Москве есть программа „Активное долголетие“. С пенсионерами занимаются, выделяют залы».

Следующим препятствием, по мнению пенсионеров, является порицание и неприятие людей старшего поколения, которые занимаются спортом, со стороны окружающих людей. Галина Николаевна (Симферополь): «Мы занимались так — у всех были наушники, и мы двигались и выполняли упражнения под этот трек на улице. Некоторые подходят, некоторые смотрят как на ненормальных. Приходилось себя преодолевать. Сейчас меня уже это не напрягает, я к этому спокойно отношусь. Был интересный опыт преодоления». Наталья (Симферополь): «Со стороны общественного мнения тоже не всегда есть понимание».

Безусловным препятствием для занятий физической культурой и спортом для лиц старше 60 лет послужила самоизоляция в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19. Наталья (Симферополь): «Пандемия убила всем спорт и нагрузки». Людмила Ивановна (Симферополь): «Конечно, пандемия нас всех ослабила». Борис Дмитриевич (Курск): «Для меня самоизоляция сказалась отрицательно. Я был ограничен в активности, поэтому, естественно, только что в стенах своей маленькой квартиры занимался физической культурой, то есть зарядкой».

Заключение

Механизмами формирования индивидуальных потребностей к занятиям конкретными видами спорта для населения России являются внутренние и внешние факторы, побуждающие его проявлять

Здоровье и общество

спортивную активность. Определяющими можно назвать следующие. Во-первых, укрепление и поддержание здоровья: удовлетворение данной потребности является целью спортивной активности большинства пожилых людей вне зависимости от предпочитаемого вида спорта. Во-вторых, — это сохранение и улучшение физических характеристик организма. Источником спортивной активности при этом служит желание людей поддержать жизненный тонус, поднять свои физические возможности. В-третьих, получение положительных впечатлений, так как занятия спортом и физической культурой позволяют получить заряд позитивных эмоций, связанных с социальными коммуникациями, наличием необходимой физической нагрузки. В-четвертых, формирование коммуникационных связей, так как потребность в них удовлетворяется посредством приобретения новых знакомств, формирования социальных связей и социальных отношений с единомышленниками. Кроме этого, люди старше 60 лет часто сталкиваются с одиночеством, которое проявляется в недостатке общения. Групповые спортивные занятия снимают эту проблему.

Население удовлетворено переменами, происходящими в развитии физической культуры и спорта в России. Сегодня в регионах создаются условия для спортивной активности. В последнее время построено много объектов спортивной инфраструктуры, что положительно сказалось на желании людей прибегнуть к спорту и физкультуре. Незрелая инфраструктура ведет к физической недоступности спортивных кружков и секций и снижает удовлетворенность пожилого населения условиями для занятий физической культурой и спортом. Поэтому главным условием вовлечения населения в занятия спортом и физической культурой и увеличения удовлетворенности от этого является создание объектов спортивной инфраструктуры в шаговой доступности. Однако на сегодняшний день есть немало проблем, касающихся обеспеченности городов удобно расположенными спортивными площадками. На удовлетворенность людей условиями для занятий спортом и физической культурой влияет слабая информированность о проводимых спортивных мероприятиях в городе и регионе. Люди ожидают доступной и открытой информации. Населению сложно оперативно реагировать и принимать участие в спортивных мероприятиях.

Главный мотив для пожилых людей к занятию спортом и физической культурой — это их желание улучшить свои физические характеристики. В некоторых случаях мотивация к спортивным занятиям основана на необходимости восстанавливать утраченное здоровье или на желании поддерживать организм в хорошей физической форме. Наличие, развитие качественной спортивной инфраструктуры стимулирует население к занятиям спортом и физической культурой. Кроме этого, важным стимулом для пожилых людей выступает мода на спорт и спор-

тивный образ жизни, наблюдающаяся в российском обществе. Пропаганда спорта и физической культуры, транслируемая СМИ и в сети Интернет, мотивирует их следовать этой моде. Еще одним фактором мотивации выступает социальная среда, в которой находятся люди. Стимулирующий эффект имеет личный пример близких, а также мнение относительно спорта тех людей, которые вызывают доверие (известные спортсмены, врачи, тренеры, семья и друзья).

Главной помехой для пожилого населения российских городов в занятиях спортом и физической культурой является неудобная территориальная локализация спортивных объектов. Людям в возрасте сложно регулярно посещать спортивные сооружения, удаленные от места жительства. Барьером для проявления спортивной активности людей старшего возраста является неприспособленность инфраструктуры к их спортивным потребностям. Они часто не могут найти секцию, которая подходила бы состоянию здоровья и уровню физической активности пожилых людей. Населению не хватает доступной информации о спортивных мероприятиях и занятиях в секциях в своем регионе, поэтому они не могут оперативно реагировать на эти спортивные события, даже имея желание в них участвовать.

Исследование выполнено по заказу ФГБУ «Федеральный научный центр физической культуры и спорта» (Договор № 037310011042000005). Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каллиников К. Росстат впервые оценил продолжительность здоровой жизни россиян. Режим доступа: <https://rns.online-society/Rosstat-vpervie-otsenil-prodolzhitelnost-zdorovoi-zhizni-rossiyan-2019-11-11/> (дата обращения 12.09.2020).
2. Гуриев С. Как Россия может извлечь выгоду из старения населения. Режим доступа: <https://www.forbes.ru/obshchestvo/394177-kak-rossiya-mozhet-izvlech-vygodu-iz-stareniya-naseleniya> (дата обращения 11.09.2020).
3. Киселев С. Н. Демографические аспекты старения населения Дальневосточного федерального округа. *Общественное здоровье*. 2017;(3). Режим доступа: <http://www.fesmu.ru/dmj/20173/2017318.aspx> (дата обращения 12.09.2020).
4. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации». Режим доступа: <http://kremlin.ru/acts/bank/43027> (дата обращения 10.09.2020).
5. Выборочное наблюдение состояния здоровья населения в 2019 году. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/ZDOR/2019/PublishSite/index.html (дата обращения 10.09.2020).
6. Приказ Минтруда России от 12.04.2019 № 242 «Об утверждении рекомендаций по повышению эффективности мероприятий региональных программ, направленных на укрепление здоровья, увеличение периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни граждан старшего поколения». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_335836/bae5f4612feb4baca200178a8be15795b9f0eeec6/ (дата обращения 11.09.2020).
7. Танатова Д. К., Королев И. В. Профессиональная интеграция людей с инвалидностью (по результатам социологического исследования). В кн.: Инвалиды — инвалидность — инвалидизация: Материалы международной научно-практической конференции. М.; 2018. С. 827—30.
8. Юдина Т. Н. Социальное здоровье и профилактика социальных болезней. В кн.: Гигиена культуры: теория, методология, практики. М.: Изд-во РГСУ; 2019. С. 179—99.

REFERENCES

1. Kallinikov K. Rosstat for the first time estimated the healthy life expectancy of Russians. [*Rosstat vpervye ocenil prodolzhitel'nost' zdorovoj zhizni rossijan*]. Available at: <https://rns.online/society/Rosstat-vpervie-otsenil-prodolzhitelnost-zdorovoi-zhizni-rossijan-2019-11-11/> (accessed 12.09.2020) (in Russian).
2. Guriev S. How Russia can benefit from an aging population [*Kak Rossiya mozhet izvlech' vygodu iz starenija naselenija*]. Available at: <https://www.forbes.ru/obshchestvo/394177-kak-rossiya-mozhet-izvlech-vygodu-iz-starenija-naseleniya> (accessed 11.09.2020) (in Russian).
3. Kiselev S. N. Demographic aspects of population aging in the far Eastern Federal district. *Obshhestvennoe zdorov'e*. 2017;(3). Available at: <http://www.fesmu.ru/dmj/20173/2017318.aspx> (accessed 12.09.2020) (in Russian).
4. Decree of the President of the Russian Federation No. 204 of May 7, 2018 «On national goals and strategic objectives for the development of the Russian Federation» [*Ukaz Prezidenta Rossijskoj Federacii ot 7 maja 2018 goda № 204 «O nacional'nyh celjah i strategicheskikh zadachah razvitija Rossijskoj Federacii»*]. Available at: <http://kremlin.ru/acts/bank/43027> (accessed 10.09.2020) (in Russian).
5. Selective monitoring of the health status of the population in 2019 [*Vyborochnoe nabljudenie sostojanija zdorov'ja naselenija v 2019 godu*]. Available at: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/ZDOR/2019/PublishSite/index.html (accessed 10.09.2020) (in Russian).
6. Order of the Ministry of labor of the Russian Federation of 12.04.2019 N 242 «on approval of recommendations for improving the effectiveness of regional programs aimed at improving health, increasing the period of active longevity and healthy life Expectancy of older citizens» [*Prikaz Mintruda Rossii ot 12.04.2019 N 242 «Ob utverzhdenii rekomendacij po povysheniju jeffektivnosti meroprijatij regional'nyh programm, napravlennyh na ukreplenie zdorov'ja, uvelichenie perioda aktivnogo dolgoletija i prodolzhitel'nosti zdorovoj zhizni grazhdan starshego pokolenija»*]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_335836/bae-5f4612feb4baca200178a8be15795b9f0eee6/ (accessed 11.09.2020) (in Russian).
7. Tanatova D. K., Korolev I. V. Professional integration of people with disabilities (based on the results of a sociological study). In: Disabled people — disability — disability: Materials of the international scientific and practical conference [*Invalidy — invalidnost' — invalidizacija: Materialy mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii*]. Moscow; 2018. P. 827—30 (in Russian).
8. Yudina T. N. Social health and prevention of social diseases. In: Hygiene of culture: theory, methodology, practice [*Gigiena kul'tury: teorija, metodologija, praktiki*]. Moscow: Izd-vo RGSU; 2019. P. 179—99 (in Russian).

Васильева Е. В., Трегубов В. Н.

АНАЛИЗ ДИССЕРТАЦИОННЫХ РАБОТ ПО ЛИДЕРСТВУ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва

Феномен лидерства долгое время привлекает внимание ученых и практиков различных специальностей, в том числе медицинской отрасли. Среди изданных многочисленных научных трудов на эту тему особое место занимают диссертации, так как в них исследование и публичная защита темы проводятся с учетом официально установленных правил.

Для достижения цели исследования особенностей выполнения диссертационных работ по лидерству в 1995—2019 гг. по различным научным специальностям использовались методы библиометрического анализа, логический и описательный статистики. В электронных базах данных научных библиотек в общей сложности было проанализировано 305 диссертаций по лидерству.

Исследование показало, что количество представляемых в диссертационные советы работ по лидерству за анализируемые 5-летние периоды значительно изменялось. В структуре диссертаций основная доля исследований была посвящена политическому лидерству (37,4%), развитию лидерских качеств у молодежи (19,0%) и управлению на основе лидерского потенциала (12,5%). Женщины по сравнению с мужчинами на 27,3% чаще выполняли диссертации по лидерству. По научным специальностям, в области исследования которых в настоящее время включено лидерство, было выполнено 45,6% диссертаций.

Основными резервами дальнейшего изучения феномена лидерства являются выполнение диссертационных исследований на данные темы по другим научным специальностям, в которых предусмотрена эта область исследования, а также включение лидерства в научную специальность 14.02.03 — общественное здоровье и здравоохранение.

Ключевые слова: лидерство; диссертации; научная специальность; научный труд; общественное здоровье и здравоохранение.

Для цитирования: Васильева Е. В., Трегубов В. Н. Анализ диссертационных работ по лидерству. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):113—119. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-113-119>

Для корреспонденции: Трегубов Валерий Николаевич, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. Н. А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф. Ф. Эрисмана ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), e-mail: tregubov_v_n@staff.sechenov.ru

Vasilieva E. V., Tregubov V. N.

THE ANALYSIS OF DISSERTATIONS ON LEADERSHIP

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

The phenomenon of leadership for long time attracts attention of scientists and practitioners of various specialties, including medicine. Among numerous research publications on this topic, dissertations occupy special place, as both research and public defense are carried out in accordance with officially established rules.

To achieve the research goal of studying characteristics of dissertations on leadership implemented in 1995—2019 in various scientific specialties bibliometric analysis, logical and descriptive statistics were applied. The sampling of 305 dissertations on leadership were analyzed in digital databases of scientific libraries.

The analysis established that number of dissertations on leadership submitted to dissertation councils changed significantly over the analyzed period. In the structure of dissertations, predominated problems of political leadership (37.4%), formation of leadership qualities in young individuals (19.0%) and management on the basis of leadership potential (12.5%). The women, as compared to men, made up to 27.3% among authors dissertations on leadership. The main reserve of further study of phenomenon of leadership is implementation of dissertations on mentioned research themes in other scientific specialties that provide this area of research, as well as inclusion of theme of leadership in the scientific specialty 14.02.03 — public health and public health.

Keywords: leadership; dissertation; scientific specialty; scientific work; public health and health care.

For citation: Vasilieva E. V., Tregubov V. N. The analysis of dissertations on leadership. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):113—119 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-113-119>

For correspondence: Tregubov V. N., doctor of medical sciences, professor of the N. A. Semashko Chair of Public Health and Health Care of the F. F. Erisman Institute of Public Health of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University». e-mail: tregubov_v_n@staff.sechenov.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 02.07.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Интерес научных коллективов и отдельных ученых к изучению вопросов лидерства имеет глубокие исторические корни. Первые труды на эту тему при-

надлежат Конфуцию, Гераклиту, Демокриту, Сократу, Платону, Аристотелю и другим великим мыслителям и датируются несколькими столетиями до нашей эры [1—7].

Философы и ораторы того периода рассматривали в основном политическое лидерство, используя при этом описательный метод, что позволяло им на основе наблюдений и размышлений обосновывать пути наилучшего правления государством [2, 8—11]. Намного позже учеными создаются психометрические и социометрические тесты и методики, разрабатываются приборы — модели изучения совместной деятельности людей, применение которых в малых группах позволило получить значительные результаты при обосновании теорий лидерства [4, 12, 13].

Феномен лидерства в настоящее время является объектом и предметом исследования в различных науках, в том числе психологии, политологии, истории, социологии, философии, экономики, менеджменте и т. д., что свидетельствует о междисциплинарном характере данного вопроса [12, 14—16].

За последнее десятилетие вопросы лидерства достаточно широко начали изучаться и в здравоохранении. Этому вопросу посвящены многочисленные научные статьи отечественных ученых. У медицинских специалистов научный интерес к данной теме связан в основном с формированием лидерских качеств у будущих врачей [17—24], особенностями управления медицинскими коллективами посредством лидерского потенциала [25—29], психологическими аспектами лидерства в работе врача [30, 31].

Длительный период изучения вопросов лидерства, нахождение данной темы на стыке различных наук и постоянное внимание ученых всего мира к ее научной проработке, способствовали появлению многочисленных трудов по лидерству, которые опубликованы в виде диссертаций, монографий, учебников, учебных пособий, научных статей и тезисов. Из всего перечня научных трудов, опубликованных в доступных источниках, наибольший интерес для анализа степени изученности вопросов лидерства занимают диссертации, так как в них исследование и публичная защита темы проводятся по официально установленным строгим правилам с обязательным детальным анализом ранее опубликованных научных статей [32].

Цель исследования — изучить особенности выполнения в 1995—2019 гг. диссертационных работ, посвященных лидерству, по различным научным специальностям.

Материалы и методы

Использованы методы библиометрического анализа, логический и описательной статистики. Объектом исследования выбраны диссертационные работы по лидерству. Используя электронные базы данных Российской государственной библиотеки (<https://www.rsl.ru/>), Научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU (<https://elibrary.ru/>), Научной библиотеки «Человек и наука» (<http://cheloveknauka.com/>), Библиотеки диссертаций (<http://www.dslib.net/>), Электронной библиотеки диссертаций (<https://www.dissercat.com/>), Электронной библиотеки «Веда» (<http://www.lib.ua-ru.net/dissertation.html>) по ключевым словам «лидер» и «лидерство», мы ото-

брали 305 диссертаций, представленных к защите с 1995 по 2019 г. Указанный период был выбран в связи с изменением взглядов на феномен лидерства в условиях произошедших политических, экономических и социальных перемен в новейшей истории России. Учитывая сравнительно небольшое число диссертаций по лидерству, которые ежегодно представляются к защите, их анализ проводился за пятилетние периоды: с 1995 по 1999 г., с 2000 по 2004 г., с 2005 по 2009 г., с 2010 по 2014 г., с 2015 по 2019 г. Анализ диссертаций проводили с учетом их научной специальности, тематики, года представления к защите, места их написания, ученой степени доктора или кандидата наук, гендерной принадлежности аспирантов, докторантов и соискателей ученых степеней.

Результаты исследования

Проведенный библиометрический анализ 305 диссертаций по лидерству, которые были представлены к защите с 1995 по 2019 г., показал, что максимальное их число (94; 30,8%) относится к периоду с 2005 по 2009 г., несколько меньше (88; 28,9%) к 2000—2004 гг., еще меньше (80; 26,2%) — к 2010—2014 гг. Практически одинаковое количество диссертаций по лидерству были найдены в электронных базах данных научных библиотек за периоды 1995—1999 гг. (22; 7,2%) и 2015—2019 гг. (21; 6,9%). За анализируемый 25-летний период число диссертаций, представленных к защите на соискание ученой степени доктора наук, составило 23 (7,5%), а на соискание степени кандидата наук — 282 (92,5%). При этом за 5-летние периоды их соотношение существенно менялось: с 1995 по 1999 г. — 4,5% (1) и 95,5% (21), с 2000 по 2004 г. — 12,5% (11) и 87,5% (77), с 2005 по 2009 г. — 5,3% (5) и 94,7% (89), с 2010 по 2014 г. — 7,5% (6) и 92,5% (74), с 2015 по 2019 г. — 0 и 100% (21) соответственно.

За все анализируемые периоды доля мужчин, завершивших диссертационные исследования по лидерству, составила 36,4% (111), а женщин — 63,6% (194), в том числе с 1995 по 1999 г. — 40,9% (9) и 59,1% (13), с 2000 по 2004 г. — 39,8% (35) и 60,2% (53), с 2005 по 2009 г. — 35,1% (33) и 64,9% (61), с 2010 по 2014 г. — 30% (24) и 70% (56), с 2015 по 2019 г. — 47,6% (10) и 52,3% (11) соответственно.

Структура тем в диссертациях по лидерству в целом представлена на рисунке. Основная доля тем относится к политическому лидерству, в 2 раза меньше изучались темы по развитию лидерских качеств у молодежи, другие темы посвящены управлению на основе лидерского потенциала, социально-психологическим аспектам лидерства, гендерным особенностям лидерства и другим вопросам.

В структуре диссертаций по лидерству, которые выполнили мужчины, основными темами были политическое лидерство, управление на основе лидерского потенциала и развитие лидерских качеств у молодежи (15; 13,5%). В диссертациях женщин наблюдается несколько иная структура: вопросы политического лидерства, затем развитие лидерских

Здоровье и общество

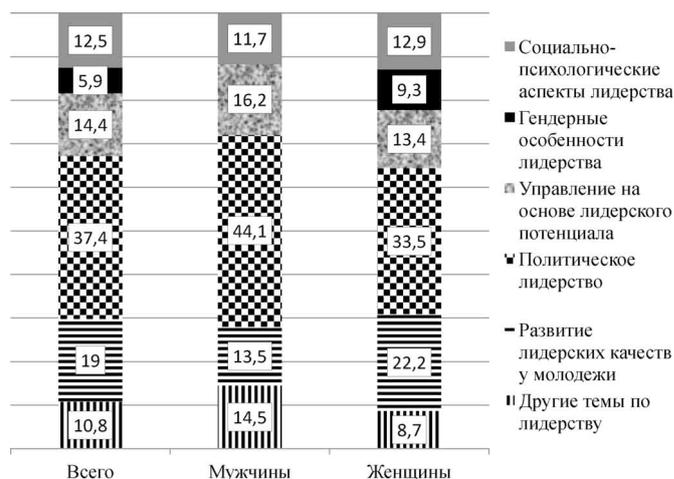
качеств у молодежи, управление на основе лидерского потенциала, социально-психологические аспекты лидерства и гендерные особенности лидерства.

Среди городов, в которых проводились исследования по лидерству, в топ-5 вошли Москва (136; 45%), Санкт-Петербург (28; 9%), Ростов-на-Дону (12; 4%), Волгоград (11; 4%), Казань (10; 3%). Доля других 44 городов, в которых были выполнены диссертации по лидерству, составила 35%. За анализируемый период по 7 диссертаций было выполнено в Саратове, Челябинске и Тамбове, по 6 — в Екатеринбурге и Нижнем Новгороде, 5 — в Архангельске, по 4 — в Новосибирске, Оренбурге, Ставрополе и Уфе, по 3 — в Самаре и Курске, по 2 — в Барнауле, Великом Новгороде, Владивостоке, Калининграде, Махачкале, Омске, Орле, Перми, Сочи, Томске, Улан-Удэ, Хабаровске и Ярославле, по 1 — во Владикавказе, Ельце, Кемерово, Кирове, Кисловодске, Комсомольске-на-Амуре, Краснодаре, Красноярске, Кургане, Магнитогорске, Новокузнецке, Саранске, Смоленске, Твери, Чебоксарах, Череповце, Чите и Якутске.

По материалам официального сайта Высшей аттестационной комиссии при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации (ВАК) (https://vak.minobrnauki.gov.ru/searching#tab=_tab:materials~) был составлен список паспортов научных специальностей, в которые включены области исследования по лидерству (см. таблицу).

По этим научным специальностям было выполнено 139 диссертаций, что составляет 45,6% всех проанализированных работ, посвященных вопросам лидерства. По научным специальностям 09.00.08 — философия науки и техники, 19.00.02 — психофизиология, 23.00.05 — политическая регионалистика. Этнополитика и 23.00.06 — конфликтология диссертации по лидерству в открытых источниках не найдены.

Больше всего диссертаций было защищено по специальности 23.00.02 — политические институты, процессы и технологии (60; 19,7%), по другим науч-



Тематическая структура диссертаций по лидерству (в %).

ным специальностям: 19.00.05 — социальная психология (39; 12,8%), 08.00.05 — экономика и управление народным хозяйством (16; 5,2%), 19.00.12 — политическая психология (15; 4,9%), 23.00.04 — политические проблемы международных отношений, глобального и регионального развития (6; 2%), 23.00.03 — политическая культура и идеология (3; 1%). Максимальное их число (по 41; 29,5%) было представлено к защите в 2000—2004 и в 2005—2009 гг., несколько меньше (38; 27,3%) относятся к 2010—2019 гг., 10 (7,2%) — к 1995—1999 гг. и 9 (6,5%) — к 2015—2019 гг.

В электронных базах данных научных библиотек было найдено еще 166 диссертаций по лидерству (54,4% от общего списка, которые представлялись к защите по другим научным специальностям). Наибольшее их число выполнено по специальности 13.00.01 — общая педагогика, история педагогики и образования (29 работ), 13.00.08 — теория и методика профессионального образования (24), 22.00.08 — социология управления (18), 09.00.11 — социальная философия (17), 19.00.07 — педагогическая психология (9).

Паспорта научных специальностей, в области исследования которых включены понятия «лидер» и «лидерство»

Шифр	Наименование научной специальности	Область исследований
08.00.05	Экономика и управление народным хозяйством	Лидерство в организации. Типы и модели лидерства. Диалектика взаимосвязей лидера и последователей
09.00.08	Философия науки и техники	Проблема лидерства в современной науке
19.00.02	Психофизиология	Психофизиологический статус лидера и подчиненного
19.00.05	Социальная психология	Социальная психология групп: малые группы (процессы формирования лидерства)
19.00.12	Политическая психология	Психология политического лидерства. Стилиевые особенности поведения политических лидеров. Проблема восприятия политических лидеров
23.00.02	Политические институты, процессы и технологии	Политическое лидерство как институт политической власти. Функции политического лидерства. Типы лидерства. Особенности рекрутирования политических лидеров в различных политических системах. Критерии эффективности политического лидерства. Качества политического лидерства и имидж политика. Элиты и лидерство в современной России
23.00.03	Политическая культура и идеологии	Политическая культура лидеров и элит
23.00.04	Политические проблемы международных отношений, глобального и регионального развития	Деятельность лидеров государств и правительств в сфере внешней политики, дипломатических и консульских служб государств
23.00.05	Политическая регионалистика. Этнополитика	Региональное политическое лидерство: сущность, социальный состав, динамика. Элиты и лидерство в регионах современной России. «Этнические антрепренеры» в системе регионального политического лидерства
23.00.06	Конфликтология	Роль элит и лидеров в развитии конфликтов

Обсуждение

Выявленный в процессе исследования четырехкратный рост числа диссертаций по лидерству, которые были представлены к защите в 1995—1999 гг. (22; 7,2%), по сравнению с 2000—2004 гг. (88; 28,9%) и такое же их сокращение (80; 26,2%) в 2010—2014 гг. и до 21 (6,9%) в 2015—2019 гг. обусловлены, с одной стороны, сложными политическими, экономическими и социальными условиями, в которых находились отечественные научные и образовательные структуры в конце XX в., и оптимизацией их работы в начале XXI в., а с другой стороны — постепенным повышением с 2006 г. требований к качеству выполнения и публичной защите диссертационных работ: введение обязательной публикации статей в изданиях по перечню ВАК, сокращение кандидатских и малоэффективных докторских диссертационных советов, повышение требований к членам диссертационных советов, использование видеорегистрации процедуры публичной защиты диссертаций [33—37].

В результате из более чем 3300 диссертационных советов, которые действовали в 2012 г., к 2018 г. их осталось менее 2200. На этом фоне значительно снизилось и число защищенных диссертаций. Если в 2012 г. было защищено 2875 докторских и 21 144 кандидатские диссертации, то уже в 2016 г. число защит сократилось в 2 раза (1448 и 10 425 соответственно) [38].

Соотношение количества диссертаций по всем научным специальностям, представленных на соискание ученой степени доктора наук и кандидата наук, составляет 1:7, а диссертаций по лидерству с 2000 по 2019 г. — 1:10, что указывает на сложность решения научной проблемы по лидерству.

Интерес женщин к выполнению диссертационных работ по лидерству в целом оказался на 27,2% выше, чем мужчин. При этом с 2000 по 2014 г. доля представляемых женщинами диссертаций по лидерству постоянно увеличивалась с 59,1 до 70%, а за 2015—2019 гг. уменьшилась до 52,3% и оказалась самой низкой за все анализируемые пятилетние периоды. Данную тенденцию можно объяснить отказом женщин заниматься диссертационными работами в более сложных условиях. Сложившееся соотношение в диссертациях по лидерству, представленных к защите, с учетом гендерной принадлежности аспирантов, докторантов и соискателей ученых степеней характерно и по другим научным специальностям, которые выполняют 48,3% мужчин и 51,7% женщин [34].

Для выяснения основных направлений диссертационных исследований по лидерству проанализирована их тематика. Установлено, что наиболее часто в данных диссертациях рассматривалось политическое лидерство (37,4%), так как эта тема встречалась в 50% научных специальностей, в область которых включено лидерство. Другой особенностью выбора тем диссертаций является выполнение женщинами, в отличие от мужчин, исследований, связанных с гендерными факторами лидерства (9,3%), что, воз-

можно, объясняется желанием женщин разобраться в направлении вектора назначения мужчин на руководящие должности.

Установлено, что диссертации по лидерству в большей степени за анализируемый период выполнялись в Москве (45%) и Санкт-Петербурге (9%). Данная закономерность характерна для большинства диссертационных исследований, выполняемых по различным научным специальностям, что объясняется развитием научных и образовательных структур именно в данных городах [34, 39].

Выполнение диссертаций по лидерству в других 47 городах свидетельствует о высоком интересе аспирантов, докторантов и соискателей ученых степеней к данной области исследования на всей территории России. Этот вывод подтверждает факт представления более 50% диссертаций по лидерству к защите по научным специальностям, в области исследования которых лидерство в настоящее время не включено. Во многом это обусловлено тем, что в период новейшей истории России происходила актуализация паспортов научных специальностей и областей их исследования, оптимизация порядка проведения публичных защит диссертаций.

На фоне оптимизации высшего образования закономерно встает вопрос об увеличении численности молодых научно-педагогических кадров. Так, на пленарном заседании ВАК, которое проводилось в июне 2019 г., министром науки и высшего образования Российской Федерации было указано, что для реализации принятых на сегодня государственных программ и национальных проектов к 2024 г. необходимо увеличить число кандидатов и докторов наук в России на 35 000 [38].

Важное место в реализации данной задачи принадлежит не только оптимизации деятельности диссертационных советов, аспирантур и докторантур в образовательных и научных организациях, но и формированию у молодых специалистов лидерского потенциала, без которого трудно предположить успешную модернизацию экономики России. Для дальнейшего изучения феномена лидерства будущим научно-педагогическим специалистам придется расширить число выполняемых по данной теме диссертаций, в том числе по специальностям, которые в настоящее время еще не реализуют данное направление (09.00.08, 19.00.02, 23.00.05 и 23.00.06). Также целесообразно обсудить на страницах периодической печати вопрос о включении темы по лидерству в паспорт научной специальности 14.02.03 — общественное здоровье и здравоохранение.

Предложения по расширению научных специальностей, в области исследований которых целесообразно включить лидерство, уже выдвигались для обсуждения научными специалистами. В пользу данного аргумента приводится много фактов, в частности это касается современных направлений исследования менеджмента в мире, к которым относятся управление талантами, улучшение развития лидерства, трансформация управления персоналом в стратегическое партнерство [40].

Здоровье и общество

Авторский коллектив не ставил задачу провести исчерпывающий анализ диссертаций по лидерству, а стремился обратить внимание медицинской общественности на необходимость дальнейшего изучения вопросов по лидерству в медицинской отрасли, так как от эффективности деятельности руководителей здравоохранения, которые в современных условиях должны обладать лидерскими качествами, во многом зависит качество оказываемой населению медицинской помощи.

Выводы

1. Длительный период изучения вопросов лидерства, нахождение данного вопроса на стыке различных наук и постоянное внимание ученых к научной проработке этой темы способствовали изданию многочисленных трудов по лидерству в нашей стране и за рубежом.
2. На фоне конкретизации требований к выполнению и публичной защите диссертаций количество представляемых в диссертационные советы работ по лидерству сократилось с 30,8% в 2005—2009 гг. до 6,9% в 2015—2019 гг., что соответствует общей динамике уменьшения диссертационных исследований в России.
3. С 1995—2019 гг. в структуре проанализированных диссертаций основная доля исследований была посвящена политической лидерству (37,4%), развитию лидерских качеств у молодежи (19%) и управлению на основе лидерского потенциала (12,5%).
4. За анализируемый период женщины по сравнению с мужчинами на 27,3% чаще выполняли диссертации по лидерству, при этом в структуре их работ 9,3% занимают диссертации, посвященные изучению гендерных факторов лидерства.
5. Максимальное число диссертаций по лидерству постоянно выполняется в Москве и Санкт-Петербурге, что обусловлено развитием в данных городах научных и образовательных структур.
6. В соответствии с паспортами научных специальностей диссертации по лидерству в настоящее время защищаются по шести научным специальностям: 08.00.05 — экономика и управление народным хозяйством; 19.00.05 — социальная психология; 19.00.12 — политическая психология; 23.00.02 — политические институты, процессы и технологии; 23.00.03 — политическая культура и идеология; 23.00.04 — политические проблемы международных отношений, глобального и регионального развития.
7. Несмотря на значительный интерес медицинского персонала к формированию лидерского потенциала у руководителей здравоохранения, данная тема не включена в области исследований медицинских научных специальностей.
8. Основными резервами дальнейшего изучения феномена лидерства является включение данных тем в диссертационные исследования по

научным специальностям 09.00.08 — философия науки и техники, 19.00.02 — психофизиология, 23.00.05 — политическая регионалистика, этнополитика и 23.00.06 — конфликтология, а также внесение темы лидерства в паспорт научной специальности 14.02.03 — общественное здоровье и здравоохранение.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Ануфриенко Л. В. История изучения лидерства в мировой психолого-педагогической науке. *Вестник Полоцкого государственного университета. Серия Е: Педагогические науки*. 2012;(7):24—8.
2. Басова Е. С. Современные подходы к изучению феномена лидерства и организаторских качеств личности. *Социальные отношения*. 2011;2(1):23—32.
3. Клейменова А. Е. Историческое развитие изучения феномена лидерства. *Аналитика культурологии*. 2014;28(1):17—22.
4. Клейменова А. Е. Историческое развитие изучения феномена лидерства. *Аналитика культурологии*. 2014;29(2):202—09.
5. Маркелова Ю. В. Исследование зарубежных подходов в развитии лидерских качеств. *Научные вестни*. 2019;14(9):106—15.
6. Сергеева С. А. Эволюция философских идей и концепций лидерства. *European Social Science Journal*. 2012;27(11—2):13—21.
7. Тягунова Е. А. Теоретические основы изучения лидерства в психологии. *Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты*. 2014;(10):122—31.
8. Ануфриенко Л. В. Современные тенденции в изучении лидерства. *Педагогические науки*. 2012;15:23—6.
9. Букарева М. П. Современное лидерство: теория и практика. *Факторы успеха*. 2017;9(2):98—104.
10. Герасимов Б. Н. Методологические инструменты исследования менеджмента организации. *Экономика и бизнес: теория и практика*. 2019;57(11):116—23. doi: 10.24411/2411-0450-2019-11309
11. Горбачева Н. С. Методология исследования политического лидерства. *Философия права*. 2015;72(5):18—22.
12. Андриянченко Е. Г. Анализ методов изучения неформального лидерства в отечественной социальной психологии. *Вестник университета*. 2012;(10):260—4.
13. Буровцева Е. С., Митина И. Д. Особенности изучения проблемы лидерства в студенческой группе в социологическом и психологическом аспекте. *Сибирский научный вестник*. 2018;33(3):84—9.
14. Веселовский Д. П., Мосина Л. М. Теоретический анализ феномена лидерства в эпоху VUCA. *Вестник университета*. 2018;(2):143—6. doi: 10.26425/1816-4277-2018-2-143-146
15. Гурова Е. Ю. Общетеоретические основы изучения концепта «Лидерство». *Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки*. 2014;(5):99—103.
16. Мосина Л. М., Веселовский Д. П. Междисциплинарный подход в изучении феномена лидерства. *Вестник университета*. 2016;(11):252—5.
17. Доника А. Д., Карпович А. В. Необходимость формирования лидерской позиции в вузе медицинского профиля. *Международный журнал экспериментального образования*. 2011;(3):31—2.
18. Исаев С. В., Потапова Ю. В. Образ идеального и реального лидера в студенческой группе медицинского вуза. *Омский психиатрический журнал*. 2016;9(3):25—9.
19. Карпович А. В., Доника А. Д. Методические подходы к изучению лидерства в проблемное поле социологии медицины. *Международный журнал экспериментального образования*. 2015;12-5:665—6.
20. Решетников В. А., Трегубов В. Н., Соколов Н. А. Опыт подготовки руководителей здравоохранения в лаборатории мастерства «Фабрика лидеров здравоохранения». *Медицинское образование и профессиональное развитие*. 2018;(1):156—63.
21. Сахаров С. П. Анализ формирования лидерских качеств у студентов медицинского университета. *Международный журнал экспериментального образования*. 2019;(3):64—8.
22. Ткачук Е. Г. Формирование компетентности лидерства у будущих врачей. *Молодой ученый*. 2015;21(6):139—41.

23. Sadowski B., Hartzell J. Leadership training in graduate medical education. *Acad. Med.* 2019;94(9):1261—2. doi: 10.1097/ACM.0000000000002823
24. Sokolov N. A., Reshetnikov V. A., Tregubov V. N., Sadkovaya O. S., Mikerova M. S., Drobyshev D. A. Developing characteristics and competences of a health care manager: literature review. *Serb. J. Exper. Clin. Res.* 2019;20(2):65—74. doi: 10.2478/sjescr-2019-0036
25. Гаров В., Гаров С., Гугутков Д. Дефицит лидерства в здравоохранении — барьер для хорошего управления медицинским учреждением. *Национальная Ассоциация Ученых.* 2018;37:16—8.
26. Куделина О. В. Модель компетенций руководителя организации здравоохранения: международный опыт внедрения компетенций распределенного лидерства. *Российский журнал менеджмента.* 2016;14(4):81—104.
27. Рева В. Д. Лидерство в здравоохранении, в медицинской науке и в дополнительном профессиональном образовании. *Медицина Кыргызстана.* 2015;(4):27—9.
28. Jonasson C., Kjeldsen A. M., Ovesen Ms. J. Dynamics of distributed leadership during a hospital merger. *Health Organ Manag.* 2018;32(5):691—707. doi: 10.1108/JHOM-08-2017-0225
29. Mangeonjean F. From managerial leadership to clinical leadership. *Soins.* 2019;64(840):53—5. doi: 10.1016/j.soins.2019.09.026
30. Кулева Е. Б. Психологическое лидерство врача — основа успешной профессиональной деятельности в условиях частной медицины. *Единство науки: Международный научно-периодический журнал.* 2016;(3):63—5.
31. Thude B. R., Thomsen S. E., Stenager E., Hollnagel E. Dual leadership in a hospital practice. *Leadersh. Health Serv. (Bradf. Engl.).* 2017;30(1):101—12. doi: 10.1108/LHS-09-2015-0030
32. Деларю В. В. Наиболее часто цитируемые отечественные журналы в диссертационных исследованиях по социологии медицины. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2010;(3):26—7.
33. Агирречу А. А. Структура и динамика защит диссертаций по социально-экономической географии в России в 2000-е годы. *Региональные исследования.* 2014;43(1):145—53.
34. Бардин И. М., Николаева Е. В. Управление персоналом как объект диссертационных исследований: библиометрический анализ. *Национальная Ассоциация Ученых.* 2015;7(2—7):126—30.
35. Власов Д. В. Концепция устойчивого развития в Российских диссертационных исследованиях (1987—2015 гг.). *Вестник Московского университета. Серия 5: География.* 2017;(2):16—23.
36. Донецкая С. С. Статистика защит докторских диссертаций: изменения после реформы ВАК. *Высшее образование в России.* 2017;(4):26—37.
37. Жукова Г. С., Гапоненко А. В. Подготовка научных и научно-педагогических кадров высшей квалификации. *Ученые записки Российского государственного социального университета.* 2011;90(2):4—12.
38. Николаев Н. П. В. М. Филиппов: «Подготовка диссертации должна даваться трудно, а защита проходить просто и легко». *Высшее образование сегодня.* 2019;(9):2—7. doi: 10.25586/RNU.HET.19.09.P02
39. Заяц О. В., Анкудинов И. И. Библиометрический анализ диссертационных исследований семейных конфликтов в России. *Теория и практика общественного развития.* 2017;(7):23—6.
40. Скоробогатова М. Р. Тенденции и особенности защиты диссертации в странах Западной Европы. *Современные проблемы науки и образования.* 2017;(2):185. doi: 10.17513/spno.26276
5. Markelova Ju. V. The study of foreign approaches in the development of leadership skills. *Nauchnye vesti.* 2019;14(9):106—15 (in Russian).
6. Sergeeva S. A. Evolution of philosophical ideas and concepts of leadership. *European Social Science Journal.* 2012;27(11—2):13—21 (in Russian).
7. Tjagunova E. A. Theoretical foundations of leadership studies in psychology. *Fundamental'nye i prikladnye issledovaniya: problemy i rezul'taty.* 2014;10:122—31 (in Russian).
8. Anufrienko L. V. Modern trends in the study of leadership. *Vestnik Polockogo gosudarstvennogo universiteta. Serija E: Pedagogicheskie nauki.* 2012;15:23—6 (in Russian).
9. Bukareva M. P. Modern leadership: theory and practice. *Factory uspeha.* 2017;9(2):98—104 (in Russian).
10. Gerasimov B. N. Methodological tools for organization management research. *Jekonomika i biznes: teorija i praktika.* 2019;57(11):116—23. doi: 10.24411/2411-0450-2019-11309 (in Russian).
11. Gorbacheva N. S. Methodology of political leadership research. *Filosofija prava.* 2015;72(5):18—22 (in Russian).
12. Andrijanchenko E. G. Analysis of methods for studying informal leadership in Russian social psychology. *Vestnik universiteta.* 2012;10:260—4 (in Russian).
13. Burovceva E. S., Mitina I. D. Features of studying the problem of leadership in a student group in a sociological and psychological aspect. *Simbirskij nauchnyj vestnik.* 2018;33(3):84—9 (in Russian).
14. Veselovskij D. P., Mosina L. M. Theoretical analysis of the phenomenon of leadership in the VUCA era. *Vestnik universiteta.* 2018;(2):143—6. doi: 10.26425/1816-4277-2018-2-143-146 (in Russian).
15. Gurova E. Ju. General theoretical bases of studying the concept of «Leadership». *Vestnik Severnogo (Arkticheskogo) federal'nogo universiteta. Serija: Gumanitarnye i social'nye nauki.* 2014;(5):99—103 (in Russian).
16. Mosina L. M., Veselovskij D. P. An interdisciplinary approach to the study of the phenomenon of leadership. *Vestnik universiteta.* 2016;11:252—5 (in Russian).
17. Donika A. D., Karpovich A. V. The need to form a leadership position in the University of medical profile. *Mezhdunarodnyj zhurnal jeksperimental'nogo obrazovaniya.* 2011;(3):31—2 (in Russian).
18. Isaev S. V., Potapova Ju. V. The image of an ideal and real leader in the student group of a medical. *University.Omskij psichiatricheskij zhurnal.* 2016;9(3):25—9 (in Russian).
19. Karpovich A. V., Donika A. D. Methodological approaches to the study of leadership in the problem field of sociology of medicine. *Mezhdunarodnyj zhurnal jeksperimental'nogo obrazovaniya.* 2015;(12-5):665—6 (in Russian).
20. Reshetnikov V. A., Tregubov V. N., Sokolov N. A. Experience in training healthcare managers in the laboratory of excellence «Factory of healthcare leaders». *Medicinskoje obrazovanie i professional'noe razvitie.* 2018;(1):156—63 (in Russian).
21. Saharov S. P. Analysis of the formation of leadership qualities in medical University students. *Mezhdunarodnyj zhurnal jeksperimental'nogo obrazovaniya.* 2019;(3):64—8 (in Russian).
22. Tkachuk E. G. The formation of leadership competency of future physicians. *Molodij vchenij.* 2015;21(6):139—41 (in Russian).
23. Sadowski B., Hartzell J. Leadership training in graduate medical education. *Acad. Med.* 2019;94(9):1261—2. doi: 10.1097/ACM.0000000000002823
24. Sokolov N. A., Reshetnikov V. A., Tregubov V. N., Sadkovaya O. S., Mikerova M. S., Drobyshev D. A. Developing characteristics and competences of a health care manager: literature review. *Serb. J. Exper. Clin. Res.* 2019;20(2):65—74. doi: 10.2478/sjescr-2019-0036
25. Garov V., Garov S., Gugutkov D. Deficit of leadership in healthcare is a barrier for good management of the medical institution. *Nacional'naja Associacija Uchenyh.* 2018;37:16—8 (in Russian).
26. Kudelina O. V. Competencies Model of a Leader In a Healthcare Organization: International Experience of Distributed Leadership Implementation. *Rossijskij zhurnal menedzhmenta.* 2016;14(4):81—104 (in Russian).
27. Reva V. D. Leadership in health, medical science and in additional professional education. *Medicina Kyrgyzstana.* 2015;(4):27—9 (in Russian).
28. Jonasson C., Kjeldsen A. M., Ovesen Ms. J. Dynamics of distributed leadership during a hospital merger. *Health Organ Manag.* 2018;32(5):691—707. doi: 10.1108/JHOM-08-2017-0225
29. Mangeonjean F. From managerial leadership to clinical leadership. *Soins.* 2019;64(840):53—5. doi: 10.1016/j.soins.2019.09.026
30. Kuleva E. B. Psychological leadership of a doctor is the basis of successful professional activity in private medicine. *Edinstvo nauki:*

Поступила 02.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Anufrienko L. V. History of leadership studies in the world of psychological and pedagogical science. *Vestnik Polotskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija E: Pedagogicheskie nauki.* 2012;(7):24—8 (in Russian).
2. Basova E. S. Modern approaches to the study of the phenomenon of leadership and organizational qualities of the individual. *Social'nye otnosheniya.* 2011;2(1):23—32 (in Russian).
3. Klejmenova A. E. Historical development of the study of the phenomenon of leadership. *Analitika kul'turologii.* 2014;28(1):17—22 (in Russian).
4. Klejmenova A. E. Historical development of the study of the phenomenon of leadership. *Analitika kul'turologii.* 2014;29(2):202—9 (in Russian).

Здоровье и общество

- Mezhdunarodnyj nauchno-periodicheskiy zhurnal*. 2016;(3):63—5 (in Russian).
31. Thude B. R., Thomsen S. E., Stenager E., Hollnagel E. Dual leadership in a hospital practice. *Leadersh. Health Serv. (Bradf. Engl.)*. 2017;30(1):101—12. doi: 10.1108/LHS-09-2015-0030
 32. Delaryu V. V. The most frequently cited domestic journals in dissertation research on the sociology of medicine. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2010;(3):26—7 (in Russian).
 33. Agirrechu A. A. Structure and dynamics of dissertations on socioeconomic geography in Russia in the 2000s. *Regional'nye issledovaniya*. 2014;43(1):145—53 (in Russian).
 34. Bardin I. M., Nikolaeva E. V. Personnel management as an object of dissertation research: bibliometric analysis. *Nacional'naja Associacija Uchenyh*. 2015;7(2—7):126—30 (in Russian).
 35. Vlasov D. V. The concept of sustainable development in Russian thesis works (1987—2015). *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 5: Geografija*. 2017;(2):16—23 (in Russian).
 36. Doneckaja S. S. Statistics of defense of doctoral theses: changes after the HAC reform. *Vysshee obrazovanie v Rossii*. 2017;(4):26—37 (in Russian).
 37. Zhukova G. S., Gaponenko A. V. Training of highly qualified scientific and scientific-pedagogical personnel. *Uchenye zapiski Rossijskogo gosudarstvennogo social'nogo universiteta*. 2011;90(2):4—12 (in Russian).
 38. Nikolaev N. P., Filippov V. M. The preparation of a dissertation should be difficult, and the defense should be simple and easy. *Vysshee obrazovanie segodnja*. 2019;(9):2—7. doi: 10.25586/RNU.HET.19.09.P.02 (in Russian).
 39. Zajac O. V., Ankudinov I. I. Bibliometric analysis of thesis researches on family conflicts in Russia. *Teorija i praktika obshhestvennogo razvitija*. 2017;(7):23—6 (in Russian).
 40. Skorobogatova M. R. Features of protection of dissertation in countries of Western Europe. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2017;(2):185. doi: 10.17513/spno.26276 (in Russian).

Реформы здравоохранения

© Коллектив авторов, 2021
УДК 614.2

Гришина Н. К.¹, Перепелова О. В.², Соловьева Н. Б.¹

РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИНЦИПА ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

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

²ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт имени М. Ф. Владимирского», 129110, г. Москва

Для обеспечения финансовой устойчивости государственной медицинской организации в современных условиях важно изучение различных аспектов внедрения платных медицинских услуг в отечественном здравоохранении. Анализ источников литературы показал, что рядом исследователей рассматривается отечественный и зарубежный опыт многообразия моделей предоставления платной медицинской помощи в государственных медицинских организациях, поиск новых направлений повышения эффективности, доступности и качества оказания медицинских услуг. Специфика медицинской деятельности обусловлена ориентированностью на потребителей, так как непосредственно связана с жизнью и здоровьем пациентов. Для успешности медицинского маркетинга важно добиться лояльности потребителей медицинских услуг. В связи с этим особую актуальность приобретает обеспечение соблюдения принципа пациентоориентированности при организации оказания платных медицинских услуг населению. В статье рассмотрена практическая реализация принципа пациентоориентированности при оказании платных медицинских услуг населению в государственной медицинской организации. Представлен разработанный и внедренный комплекс научно обоснованных мероприятий по основным направлениям деятельности клиник. Данные мероприятия нацелены на повышение удовлетворенности пациентов, реализацию их потребностей и оправдание ожиданий, что способствует обеспечению принципа пациентоориентированности при оказании платных медицинских услуг населению.

К л ю ч е в ы е с л о в а: пациентоориентированность; платные медицинские услуги; медицинская организация.

Для цитирования: Гришина Н. К., Перепелова О. В., Соловьева Н. Б. Реализация комплекса мероприятий, направленных на обеспечение принципа пациентоориентированности при организации платных медицинских услуг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):120—124. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-120-124>

Для корреспонденции: Соловьева Наталья Борисовна, науч. сотрудник отдела экономических исследований в здравоохранении, ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: otdel-77@mail.ru

Grishina N. K.¹, Perepelova O. V.², Solovieva N. B.¹

THE IMPLEMENTATION OF COMPLEX OF MEASURES TARGETING SUPPORT OF PATIENT-ORIENTED PRINCIPLE UNDER ORGANIZATION OF PAID MEDICAL SERVICES

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

²The Moscow Oblast State Budget Institution of Health Care «M. F. Vladimirsky Moscow Oblast Research Clinical Institute», 129110, Moscow, Russia

To ensure financial stability of state medical organization in actual conditions requires focused consideration of various aspects of implementation of paid medical services in national health care. The analysis of publications demonstrated that experience of variety of models for providing paid medical care in state medical organizations and new directions of improving efficiency, availability and quality of medical services are mainly considered. The specificity of medical activity is conditioned by consumer-oriented activities because of direct relationship to life and health of patients. The success of medical marketing depends on achievement of loyalty of consumers of medical services. It is particularly important to ensure compliance with principle of patient-oriented organization of paid medical services. The article considers practical implementation of patient-orientated principle in paid medical services in state medical organization. The article presents elaborated and implemented set of scientifically based measures for main directions of medical activity. These measures are targeted to increase satisfaction of patients, to meet their needs and expectations, that contributes into ensuring of patient-oriented principle in paid medical services application.

К e y w o r d s: patient-oriented principle; paid medical service; medical organization.

For citation: Grishina N. K., Perepelova O. V., Solovieva N. B. The implementation of complex of measures targeting support of patient-oriented principle under organization of paid medical services. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):120—124 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-120-124>

For correspondence: Solovieva N. B., the researcher of the Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health». e-mail: otdel-77@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Введение

С каждым годом спрос на платные медицинские услуги только увеличивается. В современных условиях повышается спрос населения на высокотехнологичные медицинские услуги, а также увеличивается число пациентов, желающих получать медицинскую помощь в более комфортных условиях, что свидетельствует о необходимости развития легальных форм привлечения в государственные медицинские организации финансовых средств.

Особенности медицинского маркетинга связаны со спецификой услуг и рынка, так как оказание медицинской помощи должно быть безопасным для жизни и здоровья пациентов. Опыт показал, что пользу приносит только маркетинг, ориентированный на клиента, т. е. предоставление платных медицинских услуг должно обеспечивать одновременно с финансовой независимостью медицинских организаций соблюдение принципа пациентоориентированности при организации их оказания.

Началом активного перехода отечественного здравоохранения к пациентоориентированной модели можно считать конференцию Росздравнадзора «Медицина и качество» 30 ноября 2015 г., где на уровне Минздрава России, Росздравнадзора, Федерального фонда ОМС было заявлено о необходимости ориентированности на пациента как практической задаче в деятельности медицинских организаций.

Кроме того, подходы пациентоориентированной модели сформулированы в приказе Минздрава России от 24.04.2018 № 186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины», определяющем индивидуализацию подходов к пациенту, в том числе до развития заболеваний.

В то же время анализ зарубежных нормативных документов показал, что в ряде таких источников большое внимание уделяется понятию пациентцентрированности медицинской деятельности, при этом понятие пациентоориентированности медицины не встречается.

Однако если реализация принципа пациентцентрированности затрагивает гражданско-правовое регулирование отношений и наделяет пациента определенными правами и обязанностями, которые необходимо учитывать при оказании медицинской помощи, то реализация принципа пациенториентированности затрагивает организацию и оказание медицинской помощи.

В настоящее время, по мнению некоторых современных исследователей, пациенториентированность «рассматривается в медицине, как правило, в контексте идей и требований сервисной логистики, деонтологии, психологии и маркетинга. Совокупность определяющих этот принцип деятельности идей — это в первую очередь „ожидания“, „интерес“, „удовлетворенность“, „чувства“, „коммуникация“, „имидж врача“ и им подобные» [1].

Являясь основой для оценки качества организации медицинской помощи, принцип ориентации на потребности пациента характеризуется уровнем удовлетворенности пациентов, который зависит от их исходных ожиданий от лечения и того, что они получают в итоге. Поэтому выявление и изучение потребностей и ожиданий пациентов необходимо для осуществления целенаправленных ответных действий персонала клиники, цель которых — соответствовать ожиданиям пациентов, что и будет способствовать обеспечению принципа пациентоориентированности при оказании платных медицинских услуг.

Цель исследования — научное обоснование и внедрение комплекса мероприятий для дальнейшего совершенствования качества организации платных медицинских услуг, ориентированных на пациентов, по приоритетным направлениям деятельности медицинской организации.

Материалы и методы

Для достижения цели проанализирована нормативная правовая база, регламентирующая оказание платных медицинских услуг в системе отечественного здравоохранения, проведен анализ сведений баз данных о пациентах, обратившихся в течение 2015—2016 гг. в ГБУЗ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт (МОНКИ) им. М. Ф. Владимирского», что позволило сформировать социально-медико-демографический портрет потребителей амбулаторной и стационарной платной медицинской помощи. При анализе как основополагающее было принято разделение контингента платных больных по возрасту: до 30 лет; 30—59 лет; 60 лет и старше,— что важно учитывать при разработке управленческих решений, направленных на реализацию потребностей и ожиданий в каждой конкретной возрастной группе [2]. В ходе специального социологического исследования изучено мнение пациентов, обратившихся за платными медицинскими услугами в МОНКИ им. М. Ф. Владимирского, о соответствии результатов оказания платной медицинской помощи ожиданиям пациентов. Всего в исследовании приняли участие 369 пациентов, которые были разделены на три группы (респонденты до 30 лет; 30—59 лет; 60 лет и старше), с целью изучения востребованности платных медицинских услуг для конкретных возрастных групп пациентов.

Методы проведения исследования — организационного эксперимента, аналитический, монографического описания.

Результаты исследования

На основе полученных результатов был научно обоснован и внедрен в МОНКИ им. М. Ф. Владимирского комплекс мероприятий для совершенствования качества организации платных медицинских услуг с целью повышения удовлетворенности пациентов, реализации их потребностей и оправдания ожиданий. Реализация данных мероприятий

осуществлялась по следующим основным направлениям:

1. Совершенствование правового обеспечения соблюдения принципа пациентоориентированности при оказании платных медицинских услуг. Данное направление подразумевает:

- создание базового стандарта пакета документов, позволяющего сформировать у потребителей адекватное представление о последствиях обращения за платной медицинской услугой, с одной стороны, и четкое закрепление обязательств по ее предоставлению медицинской организацией — с другой. Изменения в документации коснулись договора на оказание платных медицинских услуг, а также информированного согласия на медицинское вмешательство и стандартов его предоставления для подписания пациенту;
- прописывание в договоре сокращенного перечня действий для пациента при обнаружении им недостатков в оказанной платной медицинской услуге;
- разработку регламента поведения и речевого модуля для персонала в нестандартных ситуациях, что способствует максимально быстрому разрешению проблем, возникающих у пациентов, и снижению количества поступающих жалоб и претензий.

2. Развитие информационного обеспечения управления потоками платных пациентов в государственной медицинской организации, что, по нашему мнению, должно включать:

- оснащение медицинской информационной системой «Эверест» и программой «Взаимоотношение с клиентами», адаптированных под платные услуги, всех рабочих мест сотрудников, оказывающих платные медицинские услуги;
- использование программ мониторинговых социологических исследований по принципу обратной связи с потребителями платных медицинских услуг, что способствует усилению пациентоориентированности оказания платной медицинской помощи;
- формирование и совершенствование баз и банков данных пациентов, получающих платную медицинскую помощь, содержащиеся в них сведения о пациентах позволяют получать наиболее полную и всестороннюю информацию о социально-медико-демографических характеристиках потребителей платной медицинской помощи, что в свою очередь позволяет медицинской организации осуществлять востребованные платные медицинские услуги, в том числе в интересах конкретных групп пациентов;
- широкое использование современных технологий и средств массовой информации в целях привлечения и информированности потенциальных потребителей платных медицинских

услуг (проведение рекламной кампании, продвижение сайта клиники);

- внедрение возможности оплаты медицинской помощи по эквайрингу (установлены терминалы Сбербанка для онлайн-оплаты во всех точках оформления медицинской документации);
- внедрение возможности записи на прием к врачу через интернет, что способствует повышению доступности платной медицинской помощи.

3. Совершенствование качества организации оказания платных медицинских услуг в государственной медицинской организации, реализуется с помощью внедрения управляющих решений:

- проведения своевременной корректировки объемов, условий предоставления и условий оплаты медицинской помощи в соответствии с патологией и потребностями пациентов;
- расширение спектра и обновление (актуализация) перечня узкопрофильных программ СНЕСК-UP и их продвижение для целевой аудитории, в том числе программ по добровольному медицинскому страхованию («Здоровый сон», «Менопауза», «Нарушение менструального цикла», «Бесплодие», «Остеопороз», «Варикозная болезнь»);
- разработку программ комплексного обследования, стоимость которых ниже суммарной стоимости услуг, включенных в них («Комплексное обследование сердца и сосудов», «Комплексное обследование для мужчин», «Комплексное обследование для женщин»);
- в интересах пациентов расширение и дополнение спектра существующих услуг и функциональных возможностей отделения платных услуг в рамках клинко-диагностического отделения (КДО) и дневного стационара (в 2017 г. приняты к реализации следующие программы СНЕСК-UP: «Онко-гинекологическая»; «Онко-маммологическая»; «Онко-урологическая»; «Избыточный вес»).

4. Совершенствование управления отделением платных медицинских услуг в государственной медицинской организации осуществляется за счет:

- проведения адекватной кадровой политики в целях обеспечения принципа пациентоориентированности;
- совершенствования системы материального стимулирования медицинского персонала, оказывающего платную медицинскую помощь (ПМП), в частности, введены коэффициенты доплаты за оказание медицинской помощи в зависимости от наличия категории, ученой степени, ученого звания, что будет способствовать повышению качества ПМП и оптимизации потоков больных;
- разработки и внедрения системы мер по снижению стоимости медицинских услуг для поддержания их конкурентоспособности, в частности, установлены новые тарифы, которые ниже, чем в других клиниках г. Москвы;

Реформы здравоохранения

- разработки и внедрения предложений о разделении процесса закупок медикаментов для оказания платной и бесплатной медицинской помощи, в том числе закупка более дорогостоящих лекарственных средств для оказания платной медицинской помощи;
 - организации питания пациентов в платном отделении по принципу аутсорсинга;
 - постоянного проведения экспертной оценки результатов лечения больных, получивших ПМП, с целью повышения качества ее оказания.
5. Обеспечение научного сопровождения реализации принципа пациентоориентированности при оказании платных медицинских услуг в государственной медицинской организации должно, на наш взгляд, основываться на:

- использовании единых методических подходов к оценке и прогнозированию потребностей и ожиданий пациентов, обратившихся за ПМП, для обоснованности принятия управленческих решений, направленных на совершенствование системы оказания ПМП в государственной медицинской организации;
- реализации научно обоснованных подходов к продвижению платных медицинских услуг на внутреннем рынке с целью максимального привлечения потенциальных потребителей;
- мониторинге потребностей и ожиданий пациентов, обратившихся за ПМУ, с целью выявления резервов повышения пациентоориентированности при оказании ПМП;
- проведении актуальных тематических конференций, способствующих дальнейшему совершенствованию системы оказания платных медицинских услуг с учетом интересов потребителей.

Обсуждение

«В современных условиях при дефиците бюджета и средств ОМС невозможно избежать участия населения и предприятий в финансировании медицинской помощи. Без платных медицинских услуг государственные и муниципальные медицинские организации в целом ряде случаев не способны эффективно решать свои задачи, дефицит средств неизбежно ведет к сокращению объема, доступности и качества бесплатно предоставляемой медицинской помощи» [3].

В то же время предоставление платных медицинских услуг должно обеспечивать одновременно с финансовой независимостью медицинских организаций соблюдение принципа пациентоориентированности при организации их оказания.

В ходе исследования был научно обоснован и внедрен комплекс мероприятий для дальнейшего совершенствования качества организации платных медицинских услуг населению с целью обеспечения принципа пациентоориентированности.

По нашему мнению, в современных условиях более правильным является смещение акцента на ре-

ализацию не только принципа пациентоориентированности, но и пациентцентрированности, так как растет правовая грамотность населения.

Заключение

Внедрение и дальнейшее совершенствование перечисленного комплекса мероприятий в деятельность государственных медицинских организаций способствует повышению удовлетворенности пациентов, реализации их потребностей и оправданию ожиданий, а в целом — обеспечению принципа пациентоориентированности при оказании платных медицинских услуг.

С точки зрения практической реализации, принцип пациентоориентированности в медицинской организации — это создание практических условий, направленных на обеспечение и сохранение гуманистической природы медицины, изначально присущей этому виду профессиональной деятельности и закрепляемой в кодексах медицинской этики, деонтологии, а также в нормах правовых актов [4, 5].

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Перепелова О. В., Петрова И. А. Пациентцентрированность при оказании населению медицинских услуг как ценность и принцип деятельности. *Менеджер здравоохранения*. 2019;(10):12—7.
2. Гришина Н. К., Киндаров З. Б., Перепелова О. В., Миргородская О. В., Соловьева Н. Б. Медико-социальный портрет потребителей платных медицинских услуг в государственной медицинской организации. *Журнал «Advances in Health Sciences Research»*. 2019;(16):228—33.
3. Гришина Н. К., Соловьева Н. Б., Перепелова О. В., Песенникова Е. В. Совершенствование системы оказания платных медицинских услуг в государственной медицинской организации. В сб.: Основные проблемы в современной медицине. Сборник научных трудов по итогам Международной научно-практической конференции. Волгоград; 2017. С. 30—2.
4. Пивень Д. В., Царанов К. Н., Линденбратен А. Л., Тарбастаев А. Г. Влияние пациентоориентированности на вовлеченность пациента в лечение. *Менеджер здравоохранения*. 2018;(3):12—5.
5. Шерешева М. Ю., Костянян А. А. Клиентоориентированность персонала в государственных организациях здравоохранения России. *Вестник СПб Университета. Менеджмент*. 2015;(4):74—114.

Поступила 18.07.2020
Принята в печать 29.03.2020

REFERENCES

1. Perepelova O. V., Petrova I. A. Patient-centricity in providing medical services to the population as a value and principle of activity health manager. *Menedzher zdrevookhraneniya*. 2019;(10):12—7 (in Russian).
2. Grishina N. K., Kindarov Z. B., Perepelova O. V., Mirgorodskaya O. V., Solovyova N. B. Medico-social portrait of consumers of paid medical services in the state medical organization. *Advances in Health Sciences Research*. 2019;16: 228—33 (in Russian).
3. Grishina N. K., Solovyova N. B., Perepelova O. V., Pesennikova E. V. Improving the system of providing paid medical services in the state medical organization. In: Main problems in modern medicine. Collection of scientific papers on the results of the International

scientific and practical conference [*Osnovnyye problemy v sovremennoy meditsine. Sbornik nauchnykh trudov po itogam Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii*]. Volgograd; 2017. P. 30—2 (in Russian).

4. Piven D. V., Tsaranov K. N., Lindenbraten A. L., Tarbastaev A. G. Influence of patient orientation on patient involvement in treatment. *Menedzher zdravookhrantniya*. 2018;(3):12—5 (in Russian).
5. Sheresheva M. Yu., Kostanyan A. A. Client-oriented personnel in state healthcare organizations of Russia. *Vestnik St. Peterburgskogo Universiteta. Management*. 2015;(4):74—114 (in Russian).

Палевская С. А.^{1,2}, Бадма-Гаряев М. С.¹, Блащенко М. К.¹

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ПРИМЕНЕНИЯ «РЕГУЛЯТОРНОЙ ГИЛЬОТИНЫ»

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443001, г. Самара;

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

Термин «регуляторная гильотина» означает анализ всех действующих нормативно-правовых актов с целью понимания их соответствия современным требованиям. Если они соответствуют требованиям, то нормы остаются, если нет, их необходимо либо отменить и разработать новый нормативно-правовой акт, либо внести изменения в действующий. Для решения данной задачи Правительством РФ было принято решение о реализации процедуры «регуляторной гильотины». Основная задача этой процедуры — к 1 января 2021 г. полностью заменить весь массив норм, устанавливающих обязательные требования. Это приведет к сокращению административной нагрузки на бизнес и повысит уровень безопасности потребителей различных услуг. Эта же работа ведется относительно норм, регулирующих вопросы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности. В статье анализируются действующие нормативно-правовые акты, регулирующие вопросы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности, а также уже принятые, но не вступившие в силу новые.

Ключевые слова: «регуляторная гильотина»; управление качеством и безопасностью медицинской деятельности; безопасность потребителей услуг.

Для цитирования: Палевская С. А., Бадма-Гаряев М. С., Блащенко М. К. Нормативно-правовое регулирование управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в условиях «регуляторной гильотины». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):125—129. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-125-129>

Для корреспонденции: Палевская Светлана Александровна, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: svetpal1972@gmail.com

Palevskaya S. A.^{1,2}, Badma-Garyayev M. S.¹, Blashentsev M. K.¹

THE NORMATIVE LEGAL REGULATION OF QUALITY MANAGEMENT AND MEDICAL ACTIVITIES SECURITY IN CONDITIONS OF APPLICATION “REGULATORY GUILLOTINE”

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Samara State Medical University” of Minzdrav of Russia, 443001, Samara, Russia;

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

The term “regulatory guillotine” means analysis of all existing normative legal acts in order to understand their compliance with modern requirements. If these regulations meet the requirements, then the rules remain; if not, they must either be canceled and new regulation to be elaborated or corresponding changes must be implemented to current regulation. To resolve this problem, the government of the Russian Federation decided to implement the “regulatory guillotine” procedure. The main task of this procedure is to completely replace the entire array of norms that establish mandatory requirements with new ones by January 1, 2021. This will reduce administrative burden on business and increase level of security for consumers of various services. The same work is applied to the standards regulating management of quality and safety of medical activities. The article analyzes normative legal acts that regulate quality and safety management of medical activities, as well as new normative legal acts that are already accepted but still are not entered into force.

Keywords: regulatory guillotine; quality and safety management; medical activities; safety; service consumers.

For citation: Palevskaya S. A., Badma-Garyayev M. S., Blashentsev M. K. The normative legal regulation of quality management and medical activities security in conditions of application «regulatory guillotine». *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):125—129 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-125-129>

For correspondence: Palevskaya S. A., doctor of medical sciences, the Leading Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”. e-mail: svetpal1972@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 04.08.2020
Accepted 29.10.2020

Введение

Реформа контрольно-надзорной деятельности направлена прежде всего на повышение уровня безопасности и снижение нагрузки на бизнес. Она проводится путем отмены неактуальных нормативно-правовых актов (НПА), которые действуют в сфере надзора и контроля, а также путем разработки и внедрения новой и эффективной системы государствен-

ного контроля (надзора), направленной на снижение социально значимых рисков. При этом создается новая система необходимых требований, соответствующих современному уровню технологического развития и риск-ориентированному подходу, устанавливаются подробные правила, относящиеся к практической реализации контрольно-надзорной деятельности. План мероприятий («Дорожная карта») по реализации механизма «регуляторной гильоти-

ны» утвержден Председателем Правительства РФ Д. Медведевым 29 мая 2019 г.

В рамках дорожной карты федеральные органы исполнительной власти, которые осуществляют функции по нормативно-правовому регулированию в сфере контроля и надзора, должны разработать новую структуру нормативного регулирования в каждой сфере общественных отношений или видов контроля/надзора. Также должны быть подготовлены проекты федеральных законов, которые устанавливают обязательные требования в различных сферах или вносят изменения в действующее законодательство в целях актуализации необходимых требований и исключения отдельных положений на подзаконном уровне. Участниками регуляторной гильотины являются 40 органов власти, которые занимаются разработкой проектов новых НПА. Более 40 отраслевых рабочих групп оценивают проекты и дают комментарии по необходимой доработке НПА. Правительственная комиссия по проведению административной реформы снимает разногласия.

От момента принятия решения о запуске процедуры «регуляторной» гильотины было принято большое количество новых НПА. Так, в июле 2020 г. Государственной Думой принят проект Федерального закона «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации». Он предусматривает закрепление риск-ориентированного подхода к контролю и надзору, возможности использования альтернативных инструментов регулирования, перечень и порядок контрольно-надзорных мероприятий, процедуры профилактики и иные меры по предупреждению рисков [1].

В этот же период Государственной Думой принят и проект Федерального закона об обязательных требованиях. Законом определяются правовые и организационные основы установления и оценки результатов применения содержащихся в НПА требований, которые связаны с осуществлением экономической деятельности. Также законом устанавливается, что Правительство Российской Федерации до 1 января 2021 г. обеспечивает признание утратившими силу, не действующими на территории Российской Федерации и отмену нормативных правовых актов Правительства Российской Федерации, федеральных органов исполнительной власти, а также правовых актов исполнительных и распорядительных органов государственной власти РСФСР и Союза ССР, содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при осуществлении государственного контроля (надзора). Оба закона приняты Государственной Думой 22 июля 2020 г. и одобрены Советом Федерации 24 июля 2020 г., а 31 июля 2020 г. подписаны Президентом Российской Федерации В. Путиным.

В рамках «регуляторной гильотины» подготовлен проект Постановления Правительства РФ «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», которое отменяет целый ряд НПА, в том

числе постановление Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» и ряд последовательных НПА, вносящих изменения в это постановление.

Постановлением Правительства РФ от 17.06.2020 № 868 «О признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации и об отмене некоторых актов федеральных органов исполнительной власти» [2] отменяется ряд ведомственных НПА, регулирующих вопросы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности. Так, в соответствии с Приложением к данному Постановлению отменяются:

— Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 03.06.2013 г., регистрационный № 28631).

— Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 04.09.2019 г., регистрационный № 55818).

В развитие этой темы Министерством здравоохранения РФ принят приказ от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [3], который вступает в силу с 1 января 2021 г., и приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 787н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [4], он вступает в силу с 1 января 2021 г.

Проведем сравнительный анализ отменяемых и вновь принятых документов.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» включает три раздела: общие положения, организация и проведение мероприятий, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оформление результатов проведения мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (табл. 1).

Анализ позволяет сделать следующие выводы:

1. В новой версии приказа расширены «цели внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», что позволяет осу-

Сравнительный анализ приказов Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 785н и от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

Приказ № 381н	Приказ № 785н
Общие положения	
«ВКК и безопасности медицинской деятельности проводится в целях обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями»	Пункт расширен и помимо отсылок к порядкам оказания медицинской помощи, стандартам, клиническим рекомендациям «включает правила проведения различного рода исследований, положения об организации медицинской помощи, порядки медэкспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медосмотров, медицинских освидетельствований»
П. 2. абзац 3: «обеспечение и оценка применения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи»	П. 2. абзац 3: расширен с расшифровкой видов диагностических исследований, положений по видам оказания медицинской помощи
П. 2 абзац 8: выполнение должностных инструкций в части обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности	П. 2. абзац 8 исключен
П. 4. «Ответственным за организацию и проведение внутреннего контроля является руководитель медицинской организации либо уполномоченный им заместитель руководителя»	П. 4. сохранен без изменений
П. 6. Требования к «Положению о порядке организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»	П. 6 требования сохранены
Организация проведения мероприятий, осуществляемых в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	
П. 9 абзац 3: учет нежелательных событий	П. 9 абзац 3 сохранен
—	П. 9 абзац 7: (новое!!!) «Мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации специалиста»
П. 10, 11: плановые и внеплановые проверки	П. 10, 11 без изменений
П. 12—16	П. 12—16 без изменений
П. 17 пп. 2: «Плановые и внеплановые проверки предусматривают оценку следующих показателей: обеспечение оказания медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций»	П. 17 пп. 2 расширен с учетом видов медицинской помощи и видов медицинской деятельности
П. 17 пп. 16: «Обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов»	П. 17 пп. 16: «соблюдение прав пациентов при оказании медицинской помощи, в том числе обеспечение комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях, включая организацию мест ожидания для пациентов, законных представителей и членов семей пациентов»
—	П. 23 (новое!!!) «Контроль за трахеостомическими и эндотрахеальными трубками»
П. 37. «Осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством РФ, а также по формированию системы оценки деятельности и развитию кадрового потенциала работников медицинской организации»	П. 36 сокращен: «осуществление мероприятий по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством РФ»
Оформление результатов проведения мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	
П. 21 абзац 4: «формирование системы оценки деятельности медицинских работников»	Исключен

Примечание. ВКК — внутренний контроль качества.

2. Сохранен «учет нежелательных событий». **Важно!**
3. Сохранена ответственность руководителя медицинской организации или уполномоченного им заместителя за организацию и проведение внутреннего контроля. **Важно!**
4. Сохранены требования к структуре «Порядка организации и проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».
5. В перечне мероприятий внутреннего контроля появилось новое мероприятие — «мониторинг наличия у медицинских работников документов об образовании и сертификата специалиста либо свидетельства об аккредитации специалиста». **Важно!**
6. В п. 17 пп. 16 внесено уточнение «соблюдение прав пациентов при оказании медицинской помощи». Этот пункт перекликается с незави-

симой оценкой качества условий оказания медицинских услуг.

7. Добавлен новый п. 23 «Контроль за трахеостомическими и эндотрахеальными трубками».

Таким образом, в новом приказе Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 785н сохранены все ключевые требования к организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Приказ носит уточняющий характер и потребует от медицинских организаций внесения незначительных изменений в систему внутреннего контроля.

Представляем анализ приказа Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 г. № 787н (табл. 2).

Анализ указанных выше НПА позволил выявить следующие изменения в новой редакции приказа:

1. Четко определен уровень ответственности органа исполнительной власти (п. 3).
2. Расширена трактовка содержания проверок в рамках ведомственного контроля (п. 5 пп. 1).

Сравнительный анализ приказов Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 № 787н и от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности»

Приказ № 1340н	Приказ № 787н
<p>—</p> <p>П. 3 пп. 5: «соблюдение объемов, сроков и условий оказания медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти»</p> <p>П. 4 пп. 1: «соблюдение медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи»</p> <p>П. 6: «мероприятия по осуществлению ведомственного контроля должны быть включены в планы работы органов исполнительной власти»</p> <p>П. 7: «ведомственный контроль осуществляется посредством плановых и внеплановых документарных и (или) выездных проверок»</p> <p>—</p> <p>П. 9: «внеплановые проверки осуществляются в следующих случаях: а) поступление в орган исполнительной власти обращений граждан, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей с жалобами на нарушение прав и законных интересов подведомственными органами и организациями»</p> <p>П. 11—13</p> <p>П. 14—18</p> <p>П. 25: «доступ к сведениям, составляющим государственную и иную охраняемую законом тайну, осуществляется с соблюдением требований законодательства РФ»</p> <p>—</p>	<p>П. 3: (новое!!!) «в целях организации ведомственного контроля органы исполнительной власти определяют: ответственное за организацию ведомственного контроля должностное лицо (руководитель или заместитель руководителя органа исполнительной власти), подразделение, осуществляющее ведомственный контроль, порядок и сроки хранения материалов проверки» Исключен</p> <p>П. 5 пп. 1: (новое!!!) «применение медицинскими организациями положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи либо правил проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, стандартов медицинской помощи» Исключен</p> <p>П. 7 расширен: «ведомственный контроль осуществляется посредством плановых и внеплановых документарных и (или) выездных проверок, а также сбора и анализа показателей деятельности подведомственного органа и (или) организации, и предоставляемой ими статистической отчетности, в том числе характеризующей качество и безопасность медицинской деятельности»</p> <p>П. 8: (новое!!!) «план мероприятий по ведомственному контролю утверждается руководителем (уполномоченным должностным лицом) органа исполнительной власти, не позднее чем за 1 месяц до начала календарного года»</p> <p>П. 10: «внеплановые проверки осуществляются в следующих случаях: а) (уточнен): «поступление в орган исполнительной власти обращений граждан, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей с жалобами на нарушение прав и законных интересов подведомственными органами и организациями, в том числе содержащими сведения о причинении вреда жизни и здоровью граждан и (или) угрозе причинения вреда жизни и здоровью граждан»</p> <p>Исключены</p> <p>Заменены на п. 13—18, которые привязаны к п. 5</p> <p>П. 26: «Доступ к сведениям, составляющим государственную и иную охраняемую законом тайну, осуществляется с соблюдением требований о защите сведений, составляющих государственную тайну или относимых к охраняемой в соответствии с законодательством РФ иной информации ограниченного доступа».</p> <p>П. 33 пп. 4: (новое!!!) «в случае неисполнения предписания в акте указывается лицо, ответственное за неисполнение предписания, и органом исполнительной власти в рамках компетенции принимается»</p>

3. Расширены способы проведения плановых и внеплановых проверок (п. 7).
4. Уточнены основания для проведения внеплановых проверок (п. 10а).
5. Подробно расшифровано содержание проверок в рамках ведомственного контроля (п. 5 пп. 1—6).
6. Уточнены требования к доступу к сведениям, составляющим государственную и иную охраняемую законом тайну.
7. Уточнены меры ответственности за неисполнение выявленных в ходе ведомственной проверки нарушений.

В целом оба приказа не вносят принципиальных изменений в предыдущие версии. Они уточняют некоторые спорные позиции, что позволяет осуществлять управление внутренним контролем качества и безопасности медицинской деятельности более эффективно с учетом современных требований и в рамках действующего законодательства.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Мартынов А. В. Перспективы применения механизма «регуляторной гильотины» при регулировании контрольно-надзорной деятельности. *Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского*. 2019;(5):143—65.

2. Дмитрий Медведев утвердил план по реализации механизма «регуляторной гильотины». Режим доступа: <http://government.ru/news/36904/> (дата обращения 10.10.2019).
3. Мустафина-Бредихина Д. М. Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности: новые правила. *Неонатология: новости, мнения, обучение*. 2020;8(1):83—6.
4. Кадыров Ф. Н. Порядок осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. *Менеджер здравоохранения*. 2013;(1):68—73.
5. Кучин Н. Е. Обеспечение ведомственного контроля качества медицинской деятельности в субъекте РФ (на примере Челябинской области). *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2020;(3):139—60.
6. Кучин Н. Е., Тюков Ю. А., Огошков П. А. Экспертная оценка региональной системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2020;(3—4):13—22.

Поступила 04.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Martynov A. V. Prospects for the use of the «regulatory guillotine» mechanism in regulating control and Supervisory activities. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N. I. Lobachevskogo = Bulletin of the Lobachevsky University of Nizhny Novgorod*. 2019;(5):143—65 (in Russian).
2. Dmitry Medvedev approved a plan to implement the «regulatory guillotine» mechanism [Dmitriy Medvedev utverdil plan po realizatsii mekhanizma «regulyatornoy gil'otiny»]. Available at: <http://government.ru/news/36904/> (accessed 10.10.2019).
3. Mustafina-Bredikhina D. M. Organization of internal quality control and safety of medical activities: new rules. *Neonatologiya: nov-*

Реформы здравоохранения

- osti, mneniya, obucheniye = Neonatology: News, Opinions, Training.* 2020;8(1):83—6 (in Russian).
4. Kadyrov F. N. The procedure for implementing internal quality control and safety of medical activities. *Manager zdravoookhraneniya.* 2013;(1):68—73 (in Russian).
 5. Kuchin N. E. Ensuring departmental quality control of medical activities in the subject of the Russian Federation (on the example of the Chelyabinsk region). *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya = Issues of State and Municipal Administration.* 2020;(3):139—60 (in Russian).
 6. Kuchin N. E., Tyukov Yu. A., Ogoshkov P. A. Expert assessment of the regional system of quality control and safety of medical activity. *Problemy standartizatsii v zdravoookhraneniі = Problems of standardization in healthcare.* 2020;(3—4):13—22 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2021
УДК 614.2

Зубеев П. С.², Переслегина И. А.¹, Леванов В. М.¹, Королева Я. А.², Пронина Е. Н.³, Хрипунов М. В.²

ПОВЫШЕНИЕ РОЛИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСТАНЦИОННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

¹ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, 603005, г. Нижний Новгород;

²ГБУЗ НО «Городская больница № 33» Ленинского района г. Нижнего Новгорода, 603076, г. Нижний Новгород;

³ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет имени Н. И. Лобачевского», 603022, г. Нижний Новгород

Ультразвуковые исследования относятся к высокоинформативным диагностическим методам. Современные ультразвуковые аппараты могут использоваться в составе мобильных телемедицинских комплексов, что позволяет существенно повысить доступность медицинской помощи. Однако использование ультразвуковых сканеров требует включения в состав бригады врача ультразвуковой диагностики, что далеко не всегда возможно и целесообразно. В современной нормативной базе передача отдельных функций врача ультразвуковой диагностики среднему медицинскому персоналу не предусмотрена.

В настоящем исследовании разработана и апробирована методика проведения ультразвуковых исследований средним медицинским персоналом под дистанционным контролем врача. В рамках организационного эксперимента были апробированы две организационные модели. В рамках первой модели врач следил за ходом исследования на мониторе телемедицинского комплекса и при необходимости направлял действия медицинской сестры. Во втором варианте медицинская сестра самостоятельно получала изображения органов пациентов, а врач на основании полученной визуальной информации формулировал и высылал свое заключение. В организационный эксперимент были включены пациенты с патологией органов брюшной полости, забрюшинного пространства и артерий нижних конечностей.

Проведен анализ затрат времени, выполнена оценка результативности разработанных методик. Подготовлены предложения о включении дополнений в профессиональный стандарт медицинской сестры ультразвуковой диагностики и обоснование необходимости внесения изменений в учебные программы для среднего медицинского персонала.

К л ю ч е в ы е с л о в а : телемедицина; ультразвуковое диагностическое исследование; средний медицинский персонал; профессиональный стандарт.

Для цитирования: Зубеев П. С., Переслегина И. А., Леванов В. М., Королева Я. А., Пронина Е. Н., Хрипунов М. В. Повышение роли среднего медицинского персонала при проведении дистанционных ультразвуковых исследований. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2021;29(1):130—134. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-130-134>

Для корреспонденции: Леванов Владимир Михайлович, д-р мед. наук, профессор кафедры социальной медицины и организации здравоохранения ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, e-mail: levanov53@yandex.ru

Zubeev P. S.², Pereslegina I. A.¹, Levanov V. M.¹, Koroleva Ya. A.², Pronina E. N.³, Khripunov M. V.²

THE INCREASING OF ROLE OF PARAMEDICAL PERSONNEL UNDER APPLICATION OF REMOTE ULTRASOUND STUDIES

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Privolzhskiy Research Medical University» of Minzdrav of Russia, 603005, Nizhny Novgorod, Russia;

²The State Budget Institution of Health Care of the Nizhegorodskaya Oblast «The Municipal Hospital № 33», 603076, Nizhny Novgorod, Russia;

³The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The N. I. Lobachevsky National Research Nizhegorodsky State University», 603022, Nizhny Novgorod, Russia

The ultrasound studies are highly informative diagnostic methods. The modern ultrasound devices can be applied as component of mobile telemedicine systems that can significantly increase availability of medical care. However, application of ultrasound scanners requires inclusion of ultrasound diagnostics specialist in the medical team that is not always nor possible or appropriate. In the modern regulatory legal base, transfer of certain functions of ultrasound diagnostics specialist to average medical staff is not provided. The article considers issue of genuine development and testing method of implementation of ultrasound examinations by paramedical personnel under remote control of physician. Two organizational models were tested within the framework of organizational experiment. In the first model, physician monitored progress of examination by telemedicine monitor and, if necessary, directed actions of medical nurse. In the second model, the nurse independently obtained images of patients' organs, and physician according received visual information formulated final conclusion. The organizational experiment included patients with pathology of abdominal cavity, retroperitoneal space and lower limb arteries. Results. On the basis on results of 156 examinations, time-consuming analysis was performed, and effectiveness of developed methods was evaluated. The proposals were proposed to include additions into professional standard of ultrasound diagnostics nurse and to substantiate the need of altering the training programs for paramedical personnel.

К е y o r d s : telemedicine; ultrasound diagnostics; paramedical personnel; professional standard.

For citation: Zubeev P. S., Pereslegina I. A., Levanov V. M., Koroleva Ya. A., Pronina E. N., Khripunov M. V. The increasing of role of paramedical personnel under application of remote ultrasound studies. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2021;29(1):130—134 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-130-134>

For correspondence: Levanov V. M., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Social Medicine and Health Care Organization of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Privolzhskiy Research Medical University». e-mail: levanov53@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Введение

Развитие телемедицинских технологий является одним из приоритетных направлений здравоохранения [1]. В соответствии с Приказом Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» предусмотрены различные виды телемедицинских консультаций в форматах «врач—врач» и «пациент—врач».

Особенно перспективным для России является сочетание дистанционных и мобильных форм оказания медицинской помощи, что может быть реализовано при широком использовании мобильных телемедицинских комплексов (МТМК)⁷.

Одним из высокоинформативных диагностических методов является ультразвуковое диагностическое исследование (УЗИ), которое в числе других на протяжении десятилетий широко применяется при проведении дистанционных консультаций «врач—врач».

В настоящее время правила проведения УЗИ в обобщенном виде отсутствуют: проект приказа Минздрава России «Об утверждении Правил проведения ультразвуковых диагностических исследований» находится в стадии обсуждения. В то же время применение УЗИ предусмотрено в различных порядках, стандартах и клинических рекомендациях. Известны примеры успешного использования УЗИ в телемедицинских проектах «Телемедицина РЖД» и Национального телемедицинского агентства [2].

Проведение УЗИ считается прерогативой врача, имеющего специальную подготовку, что ограничивает возможности их применения при выездах МТМК.

Как известно, приказ Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н⁸ позволяет возлагать отдельные функции лечащего врача на фельдшера, акушерку при организации оказания первичной медико-санитарной помощи, исходя из должностных обязанностей, предусмотренных квалификационными характеристиками врача соответствующей специальности.

Этот механизм, по нашему мнению, может быть распространен на УЗИ, причем речь идет о передаче

функций только в части технического проведения УЗИ с дистанционной оценкой визуальной информации врачом-специалистом.

В известной степени аналогией можно считать распределение функций между врачами и средним медицинским персоналом при проведении рентгеновских исследований, где функции получения первичных данных исследования принадлежат среднему медицинскому персоналу (медицинским сестрам, лаборантам).

Наиболее ярким примером и самым близким аналогом может служить метод дистанционной электрокардиографии (ЭКГ), успешно применяемый во всем мире с 60-х — 70-х годов XX в. Функция регистрации ЭКГ возложена на медицинскую сестру; она же передает ее по сети в отдаленный консультативный центр врачу-консультанту, который анализирует ЭКГ, формулирует и передает заключение [3].

Для УЗИ на разных этапах развития телемедицины были предложены различные методики обмена диагностической информацией: использование фрейм-граббера с захватом изображений со стандартного аналогового видеовыхода, оцифровкой и передачей в отдаленный центр в одном из видеоформатов либо по кадровую передачу [4], подключение УЗИ-аппаратов к программно-аппаратному комплексу с дополнительной установкой управляемой видеокамеры [5].

Расширение функций среднего медицинского персонала в осуществлении телемедицинской деятельности типично для здравоохранения разных стран мира и выделено в отдельное направление — *telenursing* [6, 7].

Ограниченный опыт проведения УЗИ без непосредственного участия врачей ультразвуковой диагностики имеется и в регионах России [8, 9].

Цель исследования — разработка и апробация в условиях организационного эксперимента методики проведения ультразвуковых исследований средним медицинским персоналом под контролем врача.

Материалы и методы

В течение 5 мес в 2019—2020 гг. на базе ГБУЗ Нижегородской области «Городская больница № 33» Ленинского района г. Нижнего Новгорода (ГБУЗ НО «ГБ № 33») был проведен организационный эксперимент, включавший 156 исследований, в том числе 52 исследования органов брюшной полости, 46 исследований забрюшинного пространства и почек, 58 исследований артерий нижних конечностей преимущественно при диабетической ангиопатии.

Для проведения исследования использовался портативный ультразвуковой аппарат Mindray M7 — универсальный аппарат высокого класса.

В рамках организационного эксперимента были апробированы две организационные модели.

⁷ ГОСТ-34243—2017 Системы телемедицинские: общие требования безопасности с учетом основных функциональных характеристик к мобильным телемедицинским лабораторно-диагностическим комплексам.

⁸ Приказ Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты».

Таблица 1

Количество и структура исследований

Область исследования	Модель 1		Модель 2		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Органы брюшной полости	23	14,7	29	18,6	52	33,3
Забрюшинное пространство и почки	25	16	21	13,5	46	29,5
Артерии нижних конечностей	26	16,7	32	20,5	58	37,2
Итого...	74	47,4	82	52,6	156	100

Модель 1. В режиме реального времени поддерживалось двустороннее общение между подготовленной медицинской сестрой кабинета УЗИ и врачом ультразвуковой диагностики (далее — врач УЗИ), находящимся в телемедицинском центре ГБУЗ НО № 33. Врач УЗИ следил за ходом исследования на мониторе аппаратно-программного ультразвукового телемедицинского комплекса и при необходимости поправлял и направлял действия медицинской сестры для получения необходимой ему информации, после чего формулировал заключение и передавал его по защищенному каналу связи *vpn* в кабинет УЗИ.

Модель 2. Медицинская сестра кабинета УЗИ, обученная методике исследования органов брюшной полости, забрюшинного пространства и артерий нижних конечностей, самостоятельно получала изображения органов пациентов, сохраняла их на жестком диске в виде фото- и видеоматериала в формате DICOM, после чего отправляла по защищенному каналу связи *vpn* в телемедицинский центр ГБУЗ НО ГБ № 33. Врач УЗИ, изучив полученные снимки и обработав видеoinформацию, формулировал свое заключение и передавал его обратно по защищенному каналу связи в кабинет УЗИ.

По протоколу Модели 1 в течение первых 2 мес было проведено 74 исследования, по протоколу Модели 2 — за 3 мес 82 исследования (табл. 1).

Временные характеристики моделей сравнивались с базовой моделью общепринятого проведения УЗИ.

Таблица 2

Затраты времени медицинского персонала ($M \pm SD$)

Область исследования	Медсестра	Врач
Базовая модель, мин	45,5 ± 5,3	35,0 ± 5,5
Модель 1, мин	41,3 ± 5,2	50,2 ± 5,2
Модель 2, мин	50,9 ± 5,2	13,0 ± 5,3

Для количественных показателей вычисляли среднее арифметическое значение (M) и стандартное отклонение (SD). Данные представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты исследования

В среднем у медицинской сестры при времени в базовой модели 45,5 ± 5,3 мин проведение одного исследования по Модели 1 занимало 41,3 ± 5,2 мин (+10%), по Модели 2 — 50,9 ± 5,2 мин (-12%).

У врача УЗИ обработка данных одного исследования и составление заключения в базовой модели занимало 35,0 ± 5,5 мин. По Модели 1 это время составляло в среднем 50,2 ± 5,2 мин (+43%), по Модели 2 — 13,0 ± 5,3 мин, что существенно ниже, чем в базовой модели (-63%; табл. 2).

Все исследования пациентов были повторно проведены врачом УЗИ, что позволило верифицировать и оценить полученные в ходе организационного эксперимента результаты.

Были рассчитаны показатели чувствительности, специфичности и точности метода, представленные в табл. 3.

В Модели 1 после проведения повторного обследования пациентов врачом УЗИ было выявлено 6,8% диагностических ошибок (неполное выведение размеров органов, не были обнаружены конкременты в почке и киста в печени). В Модели 2 после проведения повторного исследования этих пациентов врачом УЗИ диагностические ошибки были выявлены в 11,2% случаев (не были выявлены кисты и конкременты в почке, атеросклеротические бляшки в сосудах нижних конечностей). При этом большее количество ошибок (6,2%) пришлось на первый месяц апробации Модели 2. Со второго месяца количество

Таблица 3

Результаты проведения УЗИ различными методами

Область исследования	Всего исследований, абс. ед.	Число случаев с патологией по данным врача, абс. ед.	Число заключений с выявленной патологией при проведении исследования медсестрой, абс. ед.	Чувствительность при проведении исследования медсестрой, %	Число отрицательных заключений при проведении исследования медсестрой, абс. ед.	Число отрицательных заключений по данным врача, абс. ед.	Специфичность при проведении исследования медсестрой, %
Модель 1							
Органы брюшной полости	23	22	20	90,9	3	1	33,3
Забрюшинное пространство и почки	25	23	22	95,7	3	2	66,7
Артерии нижних конечностей	26	24	22	91,7	4	2	50,0
Всего...	74	69	64	92,8	10	5	50,0
Модель 2							
Органы брюшной полости	29	26	23	88,5	6	3	50,0
Забрюшинное пространство и почки	21	18	15	83,3	6	3	50,0
Артерии нижних конечностей	32	28	25	89,3	7	4	57,1
Всего...	82	72	63	87,5	19	10	52,6

Реформы здравоохранения

ошибок сократилось до 5%, что связано с улучшением навыка медицинской сестры.

В результате анализа результатов были выявлены положительные и отрицательные стороны обеих моделей.

В Модели 1 к плюсам относится возможность врача в режиме реального времени разобраться в сомнительных и сложных случаях, что уменьшает процент ошибок. Однако при этом врачу для завершения исследования требовалось больше времени, чем в базовой модели. В Модели 2 к плюсам относится сокращение времени врача на исследование и формулирование заключения, что влияло на увеличение числа обследованных пациентов за единицу времени, однако риск диагностических ошибок был выше, что требует более тщательной подготовки среднего медицинского работника.

Обсуждение

Нормативной основой предлагаемого метода может служить ГОСТ Р 57757—2017 «Дистанционная оценка параметров функций жизненно важных для жизнедеятельности человека. Общие требования». Однако в настоящее время работа медицинской сестры УЗИ-кабинета ограничивается участием в проведении манипуляций (с врачом), приведением в порядок рабочих мест, работой по обеззараживанию предметов медицинского назначения, а также подготовкой рабочего места к следующему дню [10].

Ключевыми проблемами для включения среднего медицинского персонала в процесс дистанционного УЗИ являются:

1. Легитимизация расширенных функций среднего медицинского персонала в части технического проведения УЗИ с внесением изменений в соответствующий Профессиональный стандарт и должностные инструкции.

2. Включение в программы подготовки среднего медицинского персонала методик и техники проведения УЗИ.

3. Разработка стандартов операционных процедур по проведению УЗИ различных органов, систем и областей человеческого тела.

В связи с изложенным выше предлагаем внести ряд дополнений в Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра / Медицинский брат» [11].

1. В раздел II «Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт (функциональная карта вида профессиональной деятельности)», (подраздел «Обобщенная трудовая функция») добавить пункт с наименованием «Оказание доврачебной медицинской помощи и сестринского ухода в ультразвуковой диагностике».

2. Раздел III «Характеристика обобщенных трудовых функций» дополнить следующим содержанием:
— возможные наименования должностей, профессий — медицинская сестра кабинета ультразвуковой диагностики;

— требования к профессиональному образованию и обучению — среднее профессиональное образование — программы подготовки специалистов среднего звена. — дополнительное профессиональное образование — программы повышения квалификации «по владению методикой создания фото- и видеофиксации исследуемого органа»;

Внести дополнения в подраздел «Трудовая функция»:

Трудовые действия:

— взаимодействовать с врачом ультразвуковой диагностики, участниками лечебно-диагностического процесса и службами медицинской организации в интересах пациента;

— организовать рабочее пространство и безопасную среду в кабинете ультразвуковой диагностики;

— проверять исправность и поддерживать в постоянной готовности технические средства, аппаратуру и инструментарий;

— подготавливать и размещать инструменты, расходные материалы, лекарственные средства для выполнения ультразвуковых исследований;

— ассистировать врачу при проведении ультразвуковых исследований;

— делать/создавать фото- и видеофиксацию, снимки исследуемого органа и передавать их врачу;

— осуществлять запись результатов ультразвукового исследования на цифровые и бумажные носители;

— осуществлять архивирование результатов ультразвуковых исследований, в том числе с использованием медицинских информационных систем.

Необходимые умения:

— вести установленную документацию по виду деятельности медицинской сестры;

— использовать установленные правила и процедуры профессиональных коммуникаций медицинской сестры в интересах пациента;

— владеть методикой создания фото- и видеофиксации исследуемого органа с последующей передачей врачу;

— владеть стандартами выполнения манипуляций и процедур сестринского ухода;

— соблюдать установленные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (санитарные правила);

— заполнять документацию, формы учета и отчетности на электронном и/или бумажном носителе в установленном порядке.

Необходимые знания:

— должностные обязанности и профессиональные коммуникации медицинской сестры УЗИ кабинета;

— методика создания фото- и видеофиксации исследуемого органа с последующей передачей врачу;

— требования к ведению документации, форм учета и отчетности по виду деятельности медицинской сестры.

Заключение

Проведенный организационный эксперимент показал, что обе модели могут быть использованы в практической медицинской деятельности. Сложные и неясные клинические случаи требуют участия врача в режиме реального времени (Модель 1). Профилактические осмотры при обследовании населения в отдаленных населенных пунктах возможно проводить в режиме постобработки данных (Модель 2). Однако обе модели требуют специальной подготовки среднего медицинского персонала.

Предложенные дополнения в проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области сестринского дела (медицинская сестра)» позволят возложить на медицинскую сестру ультразвукового кабинета, прошедшую соответствующее обучение, отдельные функции врача УЗИ с направлением изображения врачу для формулировки заключения с использованием дистанционных технологий.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Зарубина Т. В., Кобринский Б. А., Кудрина В. Г. Медицинская информатика в здравоохранении России. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(6):447—51. doi: 10.32687/0869-866X-2018-26-6-447-451
2. Атьков О. Ю., Столяр В. Л. Железнодорожная телемедицина. *Железнодорожный транспорт*. 2017;(3):51—4.
3. Владимирский А. В., Морозов С. П., Урванцева И. А., Коваленко Л. В., Воробьев А. С. Применение телемедицинских технологий в кардиологии. Сургут: СГУ; 2019. 115 с.
4. Леванов В. М. Информационно-телекоммуникационные технологии в кардиологии. Н. Новгород: НижГМА; 2014. 158 с.
5. Сайт ООО «Cablin Systems». Режим доступа: <http://www.kcm.ru/index.php/avtomatizatsiya/sistemy-telemeditsiny> (дата обращения 19.05.2020).
6. Scope and Standards of Practice for Professional Telehealth Nursing. 5th Ed. American Academy of Ambulatory Care Nursing; 2011. Режим доступа: <https://www.aaacn.org/practice-resources/standards> (дата обращения 19.05.2020).
7. Eadie L. H., Mort A., Regan L., MacAden A. S., Wilson P. Догоспитальные дистанционные ультразвуковые исследования: реальная современная коммуникационная технология для изолированных и сельских населенных пунктов. *Журнал телемедицины и электронного здравоохранения*. 2015;(1):54—6.
8. Диагноз онлайн: телемедицину начали использовать для консультаций по УЗИ. *Российская газета*. Федеральный выпуск № 264(8022). 21.11.2019. Режим доступа: <https://rg.ru/2019/11/21/>

- reg-pfo/telemedicinu-nachali-ispolzovat-dlia-konsultacij-po-uzi.html (дата обращения 19.05.2020).
9. Мобильный УЗИ: из кабинета врача в домашнюю аптечку. Режим доступа: <https://evercare.ru/news/mobilnyy-uzi-iz-kabineta-vracha-v-domashnyuyu-aptechku> (дата обращения 19.05.2020).
 10. Карпова А. Г., Саввина В. В. Анализ деятельности медицинской сестры УЗИ-кабинета. В сб.: Роль высшего сестринского образования в совершенствовании деятельности медицинских сестер: Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием. Киров; 2013. С. 70—1.
 11. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 июля 2020 г. № 475н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра / медицинский брат». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74500092/> (дата обращения 01.11.2020).

Поступила 22.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Zarubina T. V., Kobrinsky B. A., Kudrina V. G. Medical Informatics in healthcare of Russia. *Problemy sotsial'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny*. 2018;6(26):447—51. doi: 10.32687/0869-866X-2018-26-6-447-451 (in Russian).
2. Atkov O. Yu., Stolyar V. L. Railway telemedicine. *Zheleznodorozhnyy transport*. 2017;(3):51—4 (in Russian).
3. Vladimirovsky A. V., Morozov S. P., Urvantseva I. A., Kovalenko L. V., Vorobyov A. S. Application of telemedicine technologies in cardiology [*Primeneniye telemeditsinskikh tekhnologiy v kardiologii*]. Surgut, SSU; 2019. 115 p. (in Russian).
4. Levanov V. M. Information and telecommunication technologies in cardiology [*Informatsionno-telekommunikatsionnyye tekhnologii v kardiologii*]. N. Novgorod: NSMA; 2014. 158 p. (in Russian).
5. Website of LLC «Cablin Systems» Available at: <http://www.kcm.ru/index.php/avtomatizatsiya/sistemy-telemeditsiny> (accessed 19 May 2020) (in Russian).
6. Scope and Standards of Practice for Professional Telehealth Nursing. 5th Ed. American Academy of Ambulatory Care Nursing; 2011. Available at: <https://www.aaacn.org/practice-resources/standards> (accessed 19 May 2020).
7. Eadie L. H., Mort A., Regan L., MacAden A. S., Wilson P. Prehospital remote ultrasound studies: real-time communication technology for isolated and rural localities. *Zhurnal telemeditsiny i elektronnoy zdravoohraneniya*. 2015;(1):54—6 (in Russian).
8. Diagnosis online: telemedicine began to be used for ultrasound consultations. *Rossiyskaya Gazeta*. Federal issue N 264 (8022). 21.11.2019. Available at: <https://rg.ru/2019/11/21/reg-pfo/telemedicinu-nachali-ispolzovat-dlia-konsultacij-po-uzi.html> (accessed 19 May 2020) (in Russian).
9. Mobile ultrasound: from the doctor's office to the home first aid kit. Available at: <https://evercare.ru/news/mobilnyy-uzi-iz-kabineta-vracha-v-domashnyuyu-aptechku> (accessed 19 May 2020) (in Russian).
10. Karpova A. G., Savvina V. V. Analysis of the medical nurse's activity in the ultrasound room. In: The role of higher nursing education in improving the activities of nurses: Collection of materials of a scientific and practical conference with international participation [*Roľ' vysshego sestrinskogo obrazovaniya v sovershenstvovanii deyatel'nosti meditsinskikh sester: Sbornik materialov nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem*]. Kirov; 2013. P. 70—1 (in Russian).
11. Order of the Ministry of labor and social protection of the Russian Federation of July 31, 2020 N 475n «On approval of the professional standard «Medical nurse / medical brother». Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74500092/> (accessed 01.11.2020) (in Russian).

Амлаев К. Р., Койчуева С. М.

НАУКА И ИННОВАЦИИ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ КЛАСТЕРНЫХ ПОДХОДОВ В НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ КЛАСТЕРЕ «СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ»

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, 355017, г. Ставрополь

Представлены результаты мер по повышению научно-исследовательского потенциала участников научно-образовательного медицинского кластера «Северо-Кавказский»: мероприятия организационные и содержательного характера, например объединение научно-педагогических работников по научным направлениям и включение их в деятельность научных школ. Предпринятые шаги в рамках научно-образовательного кластера привели к увеличению объемов научно-исследовательских работ и доходов, полученных от их коммерциализации. Показано, что интеграция медицинских университетов и медицинских институтов и факультетов классических университетов, подведомственных Министерству образования и науки, дает синергический эффект в отношении создания инновационных продуктов.

Ключевые слова: научно-образовательный медицинский кластер; научно-исследовательская деятельность.

Для цитирования: Амлаев К. Р., Койчуева С. М. Наука и инновации в рамках реализации кластерных подходов в Научно-образовательном медицинском кластере «Северо-Кавказский». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):135—138. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-135-138>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики с курсом дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: kum672002@mail.ru

Amlaev K. R., Koichueva S. M.

THE SCIENCE AND INNOVATIONS WITHIN THE FRAMEWORK OF IMPLEMENTATION OF CLUSTER APPROACHES IN THE SCIENTIFIC EDUCATIONAL CLUSTER «NORTH CAUCASIAN»

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Stavropol State Medical University» of Minzdrav of Russia, 355017, Stavropol, Russia

The article presents results of measures of increasing research potential of participants of the scientific and educational medical cluster «North Caucasian». The measures include both organizational measures and measures of meaningful nature, i.e. union of scientific and pedagogical workers in scientific areas and their inclusion into activities of scientific schools. The steps are undertaken within the framework of scientific and educational cluster resulted in an increasing of scope of research work and incomes received from their commercialization. The integration of medical universities and medical institutes and departments of classical universities under the Ministry of Education and Science gives synergistic effect in development of innovative products.

Keywords: scientific and educational medical cluster; research activities.

For citation: Amlaev K. R., Koichueva S. M. The science and innovations within the framework of implementation of cluster approaches in the scientific educational cluster «North Caucasian». *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):135—138 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-135-138>

For correspondence: Amlaev K. R., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Chair of Public Health and Health Care, Medical Prevention and Informatics with the Course of Additional Professional Education of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Stavropol State Medical University». e-mail: kum672002@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.08.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

В соответствии со стратегическими целями и задачами университетов разработаны стратегии их развития с прогнозированием эффектов будущего. Одним из ключевых инструментов реализации данных стратегий является использование кластерных технологий.

Особое внимание в работе научно-образовательного медицинского кластера (НОМК) уделяется научно-инновационной деятельности. Инновационные методы лечения, доказавшие свою эффективность, пополняют научно-педагогическую базу знаний, передаваемую обучающимся. НОМК способен добиться эффективности при соблюдении имprin-

ципов равноправия, скоординированности, единства, информационной открытости, интеграции, непрерывности и преемственности научного, образовательного, лечебного и других процессов.

НОМК в настоящее время является эффективной формой интеграции образовательных, научных и медицинских организаций, создающей интеллектуальный продукт, который в дальнейшем используется в практическом здравоохранении [1—4].

В России на базе медицинских университетов организованы 13 кластеров. Существуют лишь единичные публикации в научной литературе об их деятельности, хотя уже достаточно данных, чтобы проанализировать их эффективность. Проведенные нами ранее исследования выявили недостаточный уро-

вень в отношении различных видов медицинской помощи, однако вопрос включения в состав НОМК медицинских факультетов классических университетов в литературе совершенно не описан. Проведенные нами в ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России (СтГМУ) исследования выявили низкий уровень занятий научной деятельностью из-за дефицита времени, несовершенства ресурсной базы, отсутствия интереса к науке, низкого уровня знания иностранного языка, дисбаланса потенциала членов кластера НОМК «Северо-Кавказский» по научной и инновационной деятельности.

Материалы и методы

Созданный НОМК Северо-Кавказского федерального округа (СКФО) «Северо-Кавказский» в качестве равноправных участников включил в себя СтГМУ в качестве координатора, а также ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России (ДГМУ) и ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» (СОГМА), ФГБОУ ВО «Ингушский государственный университет» (ИГУ), ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет» (КБГУ), ФГБОУ ВО «Северо-Кавказский горно-металлургический институт (государственный технологический университет)» (СКГТУ), ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет» (ЧГУ), Пятигорский филиал ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» (ПФ ВолГМУ).

Вновь созданная структура в качестве базиса для планирования своей деятельности избрала аудит потенциала членов кластера по всем направлениям их деятельности. Помимо изучения результатов мониторинга, в соответствии с критериями Рособнадзора был проведен SWOT-анализ в каждой образовательной организации в отдельности и НОМК в целом по различным направлениям деятельности. По результатам анализа были определены показатели эффективности инновационной работы и сформулированы факторы развития механизмов генерации и коммерциализации инновационной экосистемы НОМК.

С учетом наличия у членов кластера экспертизы в определенных областях функционирования отвечать за научно-исследовательскую работу назначен СОГМА, а за инновации — ПФ ВолГМУ.

Главной целью создания медицинских кластеров стали инновации в здравоохранении, поэтому особое внимание уделялось развитию научно-исследовательского потенциала НОМК. Были изучены научные направления, по которым работают медицинские университеты системы Минздрава России.

Результаты исследования

Ученые медицинских специальностей классических университетов СКФО, а также профессионалы из других немедицинских сфер получили возможность присоединиться к научным платформам обра-

Количество инновационных проектов, выполняемых на базе участников кластера НОМК «Северо-Кавказский» (в %)

Участник кластера	2016 г.	2017 г.	2018 г.
СтГМУ	19	19	23
ДГМУ	4	4	11
СОГМА	2	2	1
ИГУ	—	—	—
КБГУ	5	5	5
СКГА	4	2	3
ЧГУ	—	—	1
ПФ ВолГМУ	12	14	17
В с е г о инновационных проектов, абс. ед.	46	46	61

зовательных организаций системы Минздрава России, а для медицинских университетов открылся доступ к лабораториям классических университетов. Активизации научно-исследовательской деятельности способствует также работа научных школ, которых в силу объективных обстоятельств по медицинским специальностям в классических университетах нет. Кооперация и коллаборация в сфере научно-исследовательской деятельности дали синергический эффект, который выражается в улучшении ряда научных показателей за период совместной деятельности в 2016—2018 гг. Увеличилось количество проведенных научных и научно-практических мероприятий НОМК на медицинских факультетах классических университетов. При этом данные мероприятия перестали дублировать друг друга и возросло количество участников научных и научно-практических форумов, а также совместных научных мероприятий. Удельный вес осуществленных прикладных научно-исследовательских работ (НИР) также несколько увеличился. Количество инновационных проектов, реализованных членами кластера, возросло с 46 до 61 (см. таблицу). При этом продукция НОМК на основе высоких технологий в денежном выражении выросла с 1,92 до 2,31 млн руб., но в основном за счет работ, произведенных СтГМУ. Анализ инновационной деятельности участников кластера показал рост количества инновационных проектов, выполняемых на базе участников кластера, на 32,6%, количества заявленных инновационных продуктов, поставленных на учет и имеющих потенциал для коммерциализации, — на 6,5%, объема высокотехнологичной продукции, созданной участниками кластера с использованием элементов инновационной структуры, — на 20,3%, количества инновационных субъектов на инновационной базе участников кластера — на 15%, количества созданных рабочих мест на инновационной базе участников кластера — на 30%. В то же время объем инновационных проектов, выполняемых участниками кластера, снизился на 20,1%. Возможно, это связано с ростом конкуренции на рынке инноваций, что требует отдельного изучения данного вопроса.

Ключевые организационные мероприятия по направлению «научно-исследовательская деятельность» в НОМК «Северо-Кавказский» включали создание рабочих групп по направлениям, проведение инвентаризации и актуализации данных научно-ис-

Реформы здравоохранения

следовательской работы, определение целевых показателей деятельности участников кластера, проведение мониторинга показателей научно-исследовательской работы участников кластера за 2016—2018 гг.

Анализ 44 показателей научно-исследовательской деятельности и изучение работы по научным направлениям показали, что за 3 года увеличилось количество направлений научно-исследовательской деятельности членов НОМК. В настоящее время в СтГМУ и в ПФ ВолГМУ исследования проводятся по 8 научным направлениям, в ДГУ они осуществляются по 11, в СОГМА — по 7 укрупненным научным направлениям, на медицинских факультетах КБГУ и ИГУ — по 10, в медицинском институте ЧГУ и на медицинском факультете СКГА — по 6. В вузах увеличилось количество признанных научных школ. В настоящее время в СтГМУ насчитывается 7 школ, в ДГМУ — 3, в СОГМА — 5, в ПФ ВолГМУ — 8. В соответствии с приказом Минздрава России вузами осуществляются исследования по 9 научным платформам. За отчетный период в СтГМУ увеличилось количество выполненных НИР, в том числе в рамках государственного задания за счет научного направления «регенеративная медицина». В других вузах их количество преимущественно остается неизменным.

Важнейшими показателями результативности научно-исследовательской деятельности являются публикационная активность, формирование интеллектуальной собственности, организация межвузовского взаимодействия, проведение конференций, съездов, симпозиумов. Лидирующие позиции по всем перечисленным параметрам сохраняются за СтГМУ (он по показателям НИР находится в первой двадцатке среди медицинских вузов России).

Обращает на себя внимание большое различие между вузами в количестве выполненных НИР, материальных затрат на НИР, количестве публикаций в рецензируемых журналах, в том числе в журналах, рекомендованных ВАК, количестве публикаций с импакт-фактором больше 0,3, количестве полученных патентов, изданных монографий, сборников научных работ, что связано с разным количеством непрерывного профессионального развития (НПР) осуществляющих научную деятельность. Всего учеными кластера за 3 года издано более 150 монографий. НПР кластера предоставлена возможность использования площадок 3 научно-практических журналов, рецензируемых ВАК: «Медицинский вестник Северного Кавказа», «Фармация и фармакология», «Вестник Дагестанской государственной медицинской академии» — для публикации материалов научных исследований.

С 2018 г. в новом международном формате стал издаваться двуязычный специализированный научно-практический журнал «Травматология, ортопедия и военная медицина» (совместно Минздравом ДНР и ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

В вузах наблюдается увеличение количества защит докторских и кандидатских диссертаций. Всего за 3 года НПР кластера защищено 19 докторских и

124 кандидатские диссертации. Этому способствует функционирование диссертационных советов по специальностям: 14.01.04 — внутренние болезни, 14.01.17 — хирургия, 14.01.08 — педиатрия. Прорабатывается вопрос об открытии объединенных советов и по другим специальностям.

Участниками кластера организовано и проведено за 3 года 400 масштабных международных, всероссийских, региональных конференций. Возросло количество совместных форумов. Вузы получили доступ к научным базам друг друга.

Меры по оживлению инновационной активности НОМК «Северо-Кавказский», реализованные совместно членами кластера, представлены ниже.

Организационные мероприятия:

- Созданы рабочие группы по направлениям.
- Проведены инвентаризации и актуализации данных о потенциале членов НОМК.
- Определены целевые показатели деятельности участников кластера, проведен мониторинг показателей.
- Интегрирован потенциал членов НОМК.
- Создан Координационно-методический совет.

Реализация общих принципов работы:

- Включены в состав НОМК министры здравоохранения субъектов СКФО.
- Включены в НОМК медицинские факультеты и институты.
- Закреплены за каждым членом НОМК направления деятельности.

Содержательные мероприятия:

- Созданы объединения НПР по научным направлениям и включены в деятельность научных школ.
- Увеличено число научных и научно-практических конференций, в том числе совместных.
- Проводятся онлайн-лекции ведущих профессоров НОМК внутри кластера.
- Осуществляется проект «Визитинг профессоров».
- Проводится общий конкурс «Лучший преподаватель».
- Осуществляется обучение дополнительной специальности «Переводчик в сфере профессиональных коммуникаций».
- Издается общий для НОМК журнал «Вестник молодого ученого».
- Созданы малые инновационные предприятия и лаборатория с вовлечением в них обучающихся.
- На регулярной основе в образовательных целях осуществляются видеотрансляции оперативных вмешательств на основе инновационных технологий.

Результаты:

- Увеличение количества выполненных НИР.
- Увеличение числа публикаций.
- Увеличение числа защищенных диссертаций.
- Увеличение числа изданных монографий, в том числе совместных.
- Увеличение числа полученных грантов.

- Создание Программы развития НОМК «Северо-Кавказский» на перспективный период.

На регулярной основе в образовательных целях осуществляются видеотрансляции оперативных вмешательств на основе инновационных технологий.

Для закрепления достигнутых результатов и дальнейшей интеграции всех членов кластера вне зависимости от ведомственной принадлежности разработана совместная Программа развития научно-образовательного медицинского кластера СКФО «Северо-Кавказский» на 2019—2021 гг. Одной из целей программы является выполнение совместных научных исследований, программ и грантовых проектов.

Заключение

Кластерная модель объединения российских образовательных организаций позволяет обеспечить использование потенциала квалифицированного профессорско-преподавательского состава всего НОМК, организовать и осуществить НИР по наиболее актуальным для региона проблемам.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Водоматская Л. П., Кузнецова В. П. Научно-образовательный инновационный медицинский кластер как агрегированная структура экономической системы здравоохранения. *Государственное и муниципальное управление. Ученые записки*. 2019;(2):105—11.

2. Корчагина Н. А. Концептуальные основы кластерной политики на территории российских регионов. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: история, политология, экономика, информатика*. 2009;12(15):5—13.
3. Артамонова Г. В., Херасков В. Ю., Крючков Д. В., Барбараш Л. С. Системный подход к организации помощи больным с инфарктом миокарда — Кемеровская модель. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2013;(1):52—9. doi: 10.17802/2306-1278-2013-1-52-59
4. Артамонова Г. В., Данильченко Я. В., Костомарова Т. С., Черкас Н. В., Барбараш Л. С. Кластерный принцип повышения результативности научно-образовательной и медицинской деятельности. *Менеджер здравоохранения*. 2015;(3):43—50.

Поступила 12.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Vodomatskaya L. P., Kuznetsova V. P. Scientific and educational innovative medical cluster as an aggregated structure of the economic system of healthcare. *Gosudarstvennoye i munitsipal'noye upravleniye. Uchenyye zapiski = State and Municipal Administration. Scientific Notes*. 2019;(2):105—11 (in Russian).
2. Korchagina N. A. Conceptual foundations of cluster policy in the Russian regions. *Nauchnyye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: istoriya, politologiya, ekonomika, informatika = Scientific Reports of Belgorod State University. Series: History, Political Science, Economics, Computer Science*. 2009;12(15):5—13 (in Russian).
3. Artamonova G. V., Kheraskov V. Yu., Kryuchkov D. V., Barbarash L. S. A systematic approach to the organization of care for patients with myocardial infarction — Kemerovo model. *Kompleksnyye problemy serdechno-sosudistykh zabolevaniy = Complex Problems of Cardiovascular Diseases*. 2013;(1):52—9. doi: 10.17802 / 2306-1278-2013-1-52-59
4. Artamonova G. V., Danilchenko Ya. V., Kostomarova T. S., Cherkas N. V., Barbarash L. S. The cluster principle of increasing the effectiveness of scientific, educational and medical activities. *Menedzher zdravookhrantniya*. 2015;(3):43—50 (in Russian).

Агамов З. Х.¹, Бурцев А. К.², Москвичева Л. И.³

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

²Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, 125371, г. Москва;

³Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, 125284, г. Москва

В современных условиях обеспечение качества медицинской помощи является одной из ключевых проблем в управлении здравоохранением, в связи с чем вопросы контроля качества становятся очень важными. Одним из эффективных инструментов для осуществления контроля качества медицинской помощи является экспертиза качества, в связи с чем вопросы нормативно-правового регулирования этого вида деятельности приобрели особую актуальность. Представленный в статье анализ нормативно-правового регулирования выявил отсутствие единых подходов к экспертизе качества медицинской помощи, что не позволяет проводить сравнительный анализ между процессами оказания медицинской помощи в медицинских организациях различной принадлежности, выполнять мониторинг качества оказания медицинской помощи и распространенности врачебных ошибок, с помощью которых реализуется стратегия обеспечения качества медицинской помощи. Выявленные правовые аспекты определяют необходимость дальнейшего совершенствования нормативно-правового регулирования экспертизы качества медицинской помощи с уточнением ее роли в системе контроля качества и безопасности медицинской помощи, унификацией подходов к ней вне зависимости от вида финансирования медицинской помощи, ведомственной и территориальной принадлежности.

Ключевые слова: экспертиза качества медицинской помощи; качество медицинской помощи; контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

Для цитирования: Агамов З. Х., Бурцев А. К., Москвичева Л. И. Нормативно-правовое регулирование экспертизы качества медицинской помощи в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):139—143. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-139-143>

Для корреспонденции: Агамов Загир Хидирович, мл. науч. сотрудник, ФГБУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: azxur@rambler.ru

Agamov Z. Kh.¹, Burtsev A. K.², Moskvicheva L. I.³

THE NORMATIVE LEGAL REGULATION OF EXPERTISE OF MEDICAL CARE QUALITY IN THE RUSSIAN FEDERATION

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

²The Academy of Post-Graduate Education of the Federal State Budget Institution “The Federal Scientific Clinical Center of the Federal Medical Biological Agency of Russia”, 125371, Moscow, Russia;

³The P. A. Herzen Moscow Research Oncological Institute the Branch of The Federal State Budget Institution «The National Medical Research Center of Radiology» of Minzdrav of Russia, 125284, Moscow, Russia

In modern conditions, the support of quality of medical care is one of key issues in health care management. Therefore, quality control issues are most important ones. The effective tool for monitoring quality of medical care is the medical care quality expertise. Hence, the legal regulation of this type of activity acquires special relevance. The article considers absence of uniform approaches to medical care quality expertise that does not allow to apply comparative analysis to processes of medical care support in medical organizations of various affiliations and to monitor both medical care quality and prevalence of medical errors to implement strategy of ensuring medical care quality. The identified legal aspects determine the need for further improvement of normative legal regulation of medical care quality expertise, specifying its role in the system of quality control and safety of medical care, unification of corresponding approaches, regardless of type of financing of medical care, departmental or territorial affiliation.

Keywords: expertise; medical care quality; control; safety; health care; medical care.

For citation: Agamov Z. Kh., Burtsev A. K., Moskvicheva L. I. The normative legal regulation of expertise of medical care quality in the Russian Federation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):139—143 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-139-143>

For correspondence: Agamov Z. Kh., candidate of medical sciences, the Junior Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”. e-mail: azxur@rambler.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 18.07.2020

Accepted 29.10.2020

Доступность и качество медицинской помощи являются одними из основных принципов организации системы отечественного здравоохранения, через которые реализуется право граждан на охрану здоровья. Данные положения закреплены Конституцией РФ (ст. 41), а также в Федеральном законе № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан

дан в Российской Федерации», где качество медицинской помощи определено как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата» [1].

Согласно ст. 37 данного нормативного правового акта медицинская помощь в РФ должна организовываться и оказываться в соответствии с определенными требованиями к ее доступности и качеству, а именно «порядками оказания медицинской помощи... с учетом стандартов медицинской помощи...» [1].

О качестве медицинской помощи можно судить по показателям состояния здоровья населения, однако они не всегда корректны для его оценки ввиду зависимости состояния здоровья человека не только от эффективности работы системы здравоохранения, но и от множества иных факторов: наличия генетической предрасположенности, состояния окружающей среды, приверженности граждан здоровому образу жизни, социально-экономической политики государства, санитарно-эпидемиологической обстановки.

В современных условиях обеспечение качества медицинской помощи является одной из ключевых проблем в управлении здравоохранением, которой в последние годы уделяется все больше внимания ввиду ее важности в обеспечении населения эффективной медицинской помощью. В связи с этим вопросы контроля качества медицинской помощи приобретают особую актуальность.

Контроль качества медицинской помощи может осуществляться различными способами, одним из эффективных инструментов для этого является экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП). В последнее десятилетие в рамках вопросов контроля качества и безопасности медицинской деятельности ЭКМП уделяется достаточно много внимания.

ЭКМП является одним из видов медицинских экспертиз и нормативно закреплена как вид медицинской деятельности [2]. ЭКМП «проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, на основе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также степени достижения запланированного результата» [1].

Законодательство РФ определяет три уровня контроля качества и безопасности медицинской деятельности: государственный, ведомственный и внутренний.

В Постановлении Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» ЭКМП представлена как одно из мероприятий при проведении проверок, соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья, а также порядков и стандартов оказания медицинской помощи [3].

Однако Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности» ограничил возможность применения ЭКМП, закрепив лишь возможность права ее использования (п. 24), при проведении ведомственного контроля.

В то же время в данном приказе определено, что ведомственный контроль включает в себя проверки соблюдения медицинскими организациями порядков и стандартов медицинской помощи, что косвенно укладывается в нормативное определение ЭКМП, но четкого закрепления ЭКМП как обязательного инструмента при проведении проверок нет [4].

Длительное время требования к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности не были утверждены законодательно на федеральном уровне и были предметом самостоятельного ведения медицинских организаций, которые сами определяли его порядок, опирались на соответствующие региональные нормативно-правовые акты и рекомендации федерального и регионального уровня.

С вступлением в силу Приказа Минздрава Российской Федерации от 07.06.2019 № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» данный контроль проводится не в порядке, установленном руководителями органов и организаций систем здравоохранения, а в соответствии с требованиями, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Вопросы ЭКМП в данном приказе встречаются в п. 16, где, как и в приказе Минздрава РФ № 1340, обозначено, что при проведении проверок комиссия или уполномоченное лицо имеют право «организовывать проведение необходимых исследований, экспертиз, анализов и оценок» [5].

Таким образом, при изучении нормативных правовых документов, регламентирующих порядок осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности на различных уровнях, ЭКМП четко определена, как инструмент проверочных мероприятий только на уровне государственного контроля.

Следует отметить, что ЭКМП, оказываемая в рамках программ обязательного медицинского страхования, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в ст. 40 которого дано определение ЭКМП, идентичное определению, данному в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Однако здесь более подробно раскрыта ее сущность: отражено, что с помощью ЭКМП осуществляется контроль сроков, объемов, условий и качества медицинской помощи, даны определение понятия «эксперт» и требования к нему, реестр экспертов [6].

Подробные разъяснения по вопросам ЭКМП в системе обязательного медицинского страхования даны в Приказе Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Здесь определены виды ЭКМП (плановая, целевая), сроки, объем, а также применимость ее результатов. В данном

Реформы здравоохранения

документе впервые даны разъяснения ЭКМП как инструмента по контролю качества медицинской помощи.

Однако, несмотря на законодательное закрепление ЭКМП как инструмента контроля качества, порядок ее проведения, как и критерии оценки качества медицинской помощи, длительное время не были определены.

Соответствующий правовой пробел был восполнен Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (ранее приказы Минздрава РФ от 07.07.2015 № 422ан и от 15.07.2016 № 520н). Данный приказ определяет критерии оценки качества медицинской помощи при оказании ее в амбулаторных и стационарных условиях для большой группы заболеваний по нозологическим классам. Однако, по данным ряда исследователей, в этом документе отмечены существенные недостатки, связанные с упрощенным подходом к оценке качества медицинской помощи, критерии которой определены в двухмерной сетке координат (да/нет), в части выполнения или невыполнения каких-либо этапов, методов диагностики и лечения [7].

Вышедший 28.02.2019 г. приказ ФФОМС № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», в отличие от предыдущей редакции 2010 г., конкретизирует проведение ЭКМП на основании критериев оценки качества медицинской помощи, утвержденных ранее приказом № 203 Минздрава РФ. Это существенное изменение позволило исключить возможность свободной интерпретации экспертом качества медицинской помощи. Среди важных изменений в данном приказе можно отметить введение понятия «клинические рекомендации», на соответствие которым также будет проводиться ЭКМП. Согласно данному приказу, ЭКМП также будет подвергнута медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации. Также введено понятие междисциплинарной и тематической ЭКМП, определены случаи их применения.

Приказ Минздрава РФ от 16.05.2017 № 226н «Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании» опять-таки разделяет ЭКМП, оказываемую в рамках ОМС и вне ее. Данный приказ несколько конкретизирует вопросы, связанные с применением ЭКМП, однако по своей сути дублирует положения, отраженные в предыдущих нормативных правовых актах. Также данный порядок не определяет ЭКМП как метод внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, оставив его инструментом государственного и ведомственного контроля.

Несмотря на существующее множество нормативных правовых документов, в которых отражены

вопросы ЭКМП, многие ее аспекты так и не были затронуты.

Оценка своевременности оказания медицинской помощи при проведении ЭКМП достаточно сложна ввиду выраженной зависимости от ряда факторов, влияющих на нее: санитарной грамотности пациента, доступности медицинской помощи, оснащенности медицинского учреждения необходимым оборудованием для ее обеспечения.

Степень достижения запланированного результата также подвергается оценке с помощью ЭКМП. Однако стоит отметить, что существуют немедицинские факторы, влияющие на результат: приверженность пациента лечению, финансовые возможности граждан в приобретении лекарственных средств. Следует учитывать, что при оказании медицинской помощи больным определенными заболеваниями результаты лечения могут быть достигнуты через неопределенный промежуток времени, когда они не доступны для оценки эксперта. Стоит также отметить, что применение любых медицинских технологий несет выраженные риски, связанные с индивидуальностью организма каждого пациента и особенностями его болезни, в связи с чем они не могут гарантировать 100% достижения поставленных перед врачами целей.

Таким образом, своевременность оказания медицинской помощи, как и степень достижения запланированного результата, в некоторых случаях не могут служить адекватными показателями для оценки качества оказания медицинской помощи, что следует принимать во внимание и должно быть отражено в нормативных правовых актах.

При ЭКМП стоит также учитывать условия оказания медицинской помощи: наличие необходимого оборудования и его загруженность, обеспеченность и квалификацию медицинского персонала. Несмотря на то что эти условия определены порядками оказания медицинской помощи, согласно которым должны работать медицинские организации, в реальности, особенно по субъектам РФ, условия существенно различаются. Сноски на данные обстоятельства должны быть учтены при нормативном регулировании.

Сегодня в нормативных правовых документах не конкретизированы объекты ЭКМП при оказании амбулаторной помощи. Если при стационарном лечении таковыми являются случаи госпитализации, то в части амбулаторно-поликлинической помощи фигурирует термин «случай оказания медицинской помощи», нормативного определения которому нет. Медицинская помощь в амбулаторных условиях может быть оказана и при посещении (контакт врача с пациентом по любому поводу), и при обращении, которое является законченным случаем оказания медицинской помощи и включает в себя два и более посещения.

Необходимы нормативные шаги по регулированию вопросов независимости и объективности ЭКМП. Заинтересованность экспертов, принадлежность к определенным организациям, научным шко-

лам, личная неприязнь к проверяемому или учреждению могут стать причиной предвзятости и влиять на результат ЭКМП.

В части требований к экспертам также необходимо учитывать вероятность того, что менее опытные эксперты при проведении ЭКМП будут опираться только на критерии качества медицинской помощи, определенные нормативно, без учета общей клинической картины заболевания, а также каких-либо непредвиденных ситуаций. Эти вопросы должны быть конкретизированы с помощью более подробных разъяснений и детализации критериев качества медицинской помощи.

Вопросы контроля качества медицинской помощи в частном здравоохранении представляют серьезную проблему в силу неопределенности их в нормативно-правовом отношении. Возможность применения ЭКМП в этом секторе упоминается только при государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности. В некоторой степени порядок организации проверок в подобных случаях отражен в Федеральном законе от 26.12.2008 № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного и муниципального контроля». Кроме того, в ст. 29 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» указаны права потребителей при обнаружении недостатков выполненной работы или оказанной услуги, которые могут распространяться и на платные медицинские услуги.

Основным методом ЭКМП является анализ первичной медицинской документации. Открытым остается вопрос о том, что должно быть оценено при ЭКМП — качество медицинской помощи по медицинской документации или качество оформления медицинской документации. Качество медицинской помощи может быть низким при безусловно оформленных документах, и, напротив, при плохо заполненной медицинской документации может быть оказана высококачественная медицинская помощь. Получение дополнительной информации при ЭКМП в таких ситуациях могли бы обеспечить процессы наблюдения за специалистами в режиме их рабочего времени в сочетании с интервьюированием. Ввиду сложности и трудозатратности вышеописанных процессов их применимость весьма ограничена, однако данные способы оценки необходимо иметь в резерве.

Отсутствие персональной ответственности медицинских работников за ненадлежащее оказание медицинской помощи является немаловажным фактором, препятствующим решению вопроса об обеспечении качества медицинской помощи в Российской Федерации. Согласно ст. 98 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, вред, причиненный жизни или здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи, должен быть возмещен медицинской организацией, в которой причастный врач исполняет свои обязанности.

Анализ нормативных правовых документов, затрагивающих вопросы ЭКМП, показал отсутствие единых подходов к ЭКМП, что не позволяет проводить сравнительный анализ между процессами оказания медицинской помощи в медицинских организациях различной принадлежности, выполнять мониторинг качества оказания медицинской помощи и распространенности врачебных ошибок, с помощью которых реализуется стратегия обеспечения качества медицинской помощи [8].

Выявленные правовые аспекты определяют необходимость дальнейшего совершенствования нормативного правового регулирования ЭКМП с уточнением ее роли в системе контроля качества и безопасности медицинской помощи, унификацией подходов к ней вне зависимости от вида финансирования медицинской помощи, ведомственной и территориальной принадлежности.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-ot-21-noyabrya-2011-g-323-fz-ob-osnovah-o>
2. Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)». Режим доступа: <https://rg.ru/2012/04/24/medicina-site-dok.html>
3. Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности». Режим доступа: <https://rg.ru/2012/11/16/medicina-dok.html>
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 г. № 1340н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Режим доступа: <https://rg.ru/2013/06/26/zdrav-dok.html>
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.06.2019 г. № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности». Режим доступа: <https://rg.ru/2019/09/05/minzdrav-prikaz-381n-site-dok.html>
6. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ. Режим доступа: <https://rg.ru/2010/12/03/oms-dok.html>
7. Серегина И. Ф., Князев Е. Г., Малаев М. Г., Таевский Б. И., Таевский А. Б. Экспертиза качества медицинской помощи в современных условиях: проблемы и решения. *Вестник Росздравнадзора*. 2016;(1):14—20.
8. Мурашко М. А., Кондратьев Ю. А., Матыцин Н. О., Швабский О. Р. Экспертиза качества медицинской помощи: современное состояние и перспективы. *Вестник Росздравнадзора*. 2016;(1):5—9.

Поступила 18.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Federal law «About the basis of health protection of citizens in the Russian Federation» from 21.11.2011 N 323-FZ. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-ot-21-noyabrya-2011-g-323-fz-ob-osnovah-o> (in Russian).
2. Resolution of the Government of the Russian Federation of 16.04.2012 N 291 “About licensing of medical activities”. Available at: <https://rg.ru/2012/04/24/medicina-site-dok.html> (in Russian).
3. Resolution of the Government of the Russian Federation of 12.11.2012 N 1152 «About approval of the Regulations on state con-

Реформы здравоохранения

- trol of quality and safety of medical activities». Available at: <https://rg.ru/2012/11/16/medicina-dok.html> (in Russian).
4. Order of the Ministry of healthcare of the Russian Federation of 21.12.2012 N 1340n «About approval of the procedure for organizing and conducting departmental quality control and safety of medical activities». Available at: <https://rg.ru/2013/06/26/zdrav-dok.html> (in Russian).
 5. Order of the Ministry of healthcare of the Russian Federation of 07.06.2019 № 381n «About approval of Requirements for the organization and conduct of internal quality control and safety of medical activities». Available at: <https://rg.ru/2019/09/05/minzdrav-prikaz-381n-site-dok.html> (in Russian).
 6. Federal law “About compulsory medical insurance in the Russian Federation” from 29.11.2010 N 326-FZ. Available at: <https://rg.ru/2010/12/03/oms-dok.html> (in Russian).
 7. Seregina I. F., Knyazev E. G., Malaev M. G., Taevsky B. V., Taevsky A. B. Medical care quality evaluation in modern conditions: issues and solutions. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2016;(1):14—20 (in Russian).
 8. Murashko M. A., Kondratyev Yu. A., Matytsin N. O., Shvabsky O. R. Unified approaches for examination of healthcare quality. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2016;(1):5—9 (in Russian).

© Тер-Израелян А. Ю., Костюк Г. П., 2021
УДК 614.254.7

Тер-Израелян А. Ю.¹, Костюк Г. П.²

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩЕЙ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ В МОСКВЕ

¹ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы», 109559, г. Москва;

²ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н. А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», 117152, г. Москва

Рассмотрены проблемы и оценены результаты организации амбулаторной стационарзамещающей психиатрической помощи на базе Филиала № 1 диспансерного отделения ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» за 2015—2017 гг.

Изучены состав больных, их возрастные и социальные характеристики, проанализирована работа с больными, находящимися на активном диспансерном наблюдении и амбулаторном принудительном непрерывном лечении. Предложено введение в структуру диспансера новой организационной формы — амбулаторного психиатрического модуля.

К л ю ч е в ы е с л о в а : организация психиатрической помощи; стационарзамещающая амбулаторная служба; социальные характеристики, комплаентность; амбулаторный психиатрический модуль; активное диспансерное наблюдение; общественно-опасные действия.

Для цитирования: Тер-Израелян А. Ю., Костюк Г. П. Современные проблемы организации психиатрической стационарзамещающей амбулаторной службы в Москве. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):144—146. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-144-146>

Для корреспонденции: Тер-Израелян Алексей Юрьевич, канд. мед. наук, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы», e-mail: pb13@zdrav.mos.ru

Ter-Israelian A. Yu.¹, Kostiuk G. P.²

THE MODERN PROBLEMS OF ORGANIZATION OF MENTAL STATIONARY SUBSTITUTION OUT-PATIENT SERVICE IN MOSCOW

¹The State Budget Institution of Health Care “The Mental Hospital № 13 of the Moscow Health Care Department”, 109559, Moscow, Russia;

²The State Budget Institution of Health Care “The N. A. Alekseev Mental Clinical Hospital № 1 of the Moscow Health Care Department”, 117152, Moscow, Russia

The article considers problematic issues in hospital-replacing out-patient mental care management on the basis of the Psychiatric Hospital № 13 in 2015—2017. The analysis covered structure of mental patients, their age and social status. Also, patients under active dispensary monitoring and compulsory continuous out-patient treatment were analyzed. The new management component — «the out-patient psychiatric module» — is proposed to be introduced into the structure of mental dispensary.

Key words: mental care management; hospital-replacing out-patient service; social status; compliance; mental in-patient clinic; out-patient psychiatric module; active dispensary monitoring; socially dangerous act.

For citation: Ter-Israelian A. Yu., Kostiuk G. P. The modern problems of organization of mental stationary substitution out-patient service in Moscow. *Problemi socialnoi gigieni, zdravoookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):144—146 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-144-146>

For correspondence: Ter-Israelian A. Yu., candidate of medical sciences, the Head Physician of the State Budget Institution of Health Care “The Mental Hospital № 13 of the Moscow Health Care Department». e-mail: pb13@zdrav.mos.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.07.2020
Accepted 29.10.2020

Введение

Проблемой поиска путей сохранения психического здоровья граждан озабочены специалисты во многих развитых странах мира.

Один из ключевых принципов организации специализированной психиатрической помощи сегодня — акцент на внебольничные формы работы с пациентом. В свое время Москва стала первопроходцем в этом направлении. В начале прошлого века по инициативе Петра Борисовича Ганнушкина в столице был организован первый психоневрологический диспансер. С 1919 г. в городе заработала сеть таких учреждений. В этом направлении мы работаем и сегодня [1].

В соответствии со сложившимися в мировой практике новыми подходами в Москве продолжает

внедряться общественно ориентированная модель оказания психиатрической помощи. Приоритетное развитие получают амбулаторные психиатрические подразделения [2].

Материалы и методы

Нами проведено исследование с использованием комплексной методики, с применением следующих методов: изучение и обобщение опыта, статистический, аналитический, социологический, сравнительный анализ, организационный эксперимент. В статье приведен анализ результатов деятельности амбулаторной службы, социальных характеристик психически больных, анализ числа пациентов, пролеченных амбулаторно за период 2015—2017 гг., с учетом нозологических единиц, стандартов оказания

Таблица 1

Контингент психически больных пациентов амбулаторного профиля, состоящих на учете (диспансерное наблюдение, консультативно-диагностическая группа)

Наименование нозологической единицы	2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	абс. ед.	%	абс. ед.	%	абс. ед.	%
Органические психические расстройства, включая симптоматические, F0x	10 131	31,2	9543	33,1	9543	32,5
Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ, F1x	0	0	0	0	0	0
Шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства, F2x	10 653	36,0	10 798	37,5	10 469	36,4
Расстройства настроения (аффективные расстройства), F3x	1125	3,7	1093	3,8	1086	3,8
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, F4x	1271	4,3	1273	4,4	1335	4,6
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическим нарушением и физическими функциями, Fx5	42	0,14	40	0,14	44	0,2
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте, F6x	782	3,0	686	2,3	649	2,3
Умственная отсталость, F7x	4294	14,8	4032	14,0	4219	14,7
Нарушения психологического (психического) развития, F8x	1146	4,0	1198	4,2	1430	4,9
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения в детском и подростковом возрасте, F9x, F99						
F9x	220	1,0	217	0,6	218	0,6
F99	0	0	0	0	0	0
Другое	0	0	0	0	0	0
Всего...	29 664	100	28 800	100	28 734	100

медицинской помощи в психиатрии на примере Психиатрической больницы № 13 Департамента здравоохранения города Москвы. Количество амбулаторно обслуживаемого населения Филиала № 1 составляет 767 689 человек.

Результаты исследования

В структуре представленного контингента психически больных основное место занимают шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), число больных шизофренией во всем мире составляет 0,77—0,8% всего контингента психически больных, зарегистрированных в психиатрической амбулаторной службе, диспансерах. По данным ряда исследователей, больные шизофренией составляют около 20%.

В нашем исследовании этот показатель несколько выше. На протяжении нескольких лет показатель остается достаточно стабильным (табл. 1).

Достаточно высокий процент больных представлен органическими психическими расстройствами (по МКБ-10 — F0x).

Анализ трехлетней динамики показателей больных с органическими психическими расстройствами демонстрирует стабильную величину этой патологии в процентном распределении. Так, по данным нашего исследования, доля пролеченных лиц с расстройствами шизофренического круга останется в исследуемый период стабильно значимой: в 2015 г. — 36%, в 2016 г. — 37,5%, в 2017 г. — 36,4%.

Таблица 2

Контингент учетных психиатрических больных по возрастным категориям

Временной период	Возрастная категория, годы									
	до 18		19—29		30—49		50—69		старше 70	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2015 г.	5933	20,3	2966	9,9	5339	17,9	5637	19,0	9789	32,9
2016 г.	5776	20,0	2022	7,4	4332	15,0	6354	22,6	10 396	36,0
2017 г.	6609	23,0	2873	10,0	4885	17,0	5459	19,0	8908	31,0

Это является решаемой проблемой преемственности в работе амбулаторного звена и других служб психиатрической больницы.

Создание новой организационной формы — амбулаторного психиатрического модуля, включающего в себя амбулаторное отделение, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП), медико-реабилитационное отделение в рамках дневного стационара, позволит решить проблему территориальной доступности больным психиатрического профиля, улучшит качество оказания, своевременность, безопасность медицинской помощи, ее комплаентность.

Возрастные группы пациентов психиатрической амбулаторной службы, как и психиатрического стационара, представлены пятью группами. Наибольшую долю представляет первая группа (старше 70 лет). В амбулаторной службе этот контингент представлен значимо (табл. 2).

На втором месте — группа пациентов до 18 лет, третье место занимает группа лиц 50—69 лет.

Обращает на себя внимание высокая доля психически больных в группах до 18 лет и старше 70 лет. В данном случае можно говорить о проблеме наибольшей уязвимости, невысокой стрессоустойчивости лиц молодого и зрелого возраста к любым изменениям социально-экономических явлений, происходящих в общественной жизни.

В табл. 3 представлены данные о социальном статусе амбулаторных больных психиатрического профиля за исследуемый период. Они представлены двумя основными группами: работающие, в том числе служащие, и не имеющие работы. Отмечаем, что

Таблица 3

Социальный статус психически больных, состоящих на учете

Социальный статус пациента	2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Работающий, в том числе и служащий	5932	20,0	8953	31,0	6321	22,0
Не имеющий работы	24 132	80,0	19 927	69,0	22 413	78,0

Таблица 4

Число больных, находящихся под АДН

Год	Взято под АДН		Снято с АДН		Состоит под АДН		Совершили ООД	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2015 г.	31	0,1	4	0,13	189	0,6	177	0,6
2016 г.	12	0,04	35	0,12	108	0,4	101	0,3
2017 г.	4	0,01	39	0,13	182	0,6	165	0,5

Таблица 5

Число больных, находящихся на АПНЛ у психиатра

Год	Принято на АПНЛ		Прекращено (изменено) АПНЛ		Находится на АПНЛ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2015 г.	33	0,1	26	0,08	51	0,2
2016 г.	18	0,06	7	0,02	32	0,1
2017 г.	40	0,14	45	0,16	71	0,2

за 2015—2017 гг. сохраняется стабильно невысокий процент работающих и служащих, а процентное соотношение неработающих лиц остается стабильно высоким.

Таким образом, приведенные данные говорят о высокой подверженности лиц любого рода занятий общественным изменениям. У пациентов, не занятых трудом, происходит слом жизненных стереотипов, разрушаются прежние идеалы, возникает неуверенность в завтрашнем дне. Новая стационарзамещающая организационная форма — амбулаторный психиатрический модуль — благодаря сотрудникам амбулаторного отделения, медико-реабилитационного отделения сможет решить эту проблему, задействуя в большей степени контингент неработающих лиц.

Число больных, находящихся под активным диспансерным наблюдением (АДН), представлено в табл. 4.

Стабильный процент больных, находящихся на АДН, совершивших общественно опасные действия (ООД), «позволяет утверждать, что в целом опасные действия совершаются психически больными не чаще, чем здоровыми лицами. В общем количестве доля лиц с психическими расстройствами незначительна и составляет менее 1% [2].

Решение сложных вопросов зависит от постоянного динамического амбулаторного наблюдения и лечения психически больных пациентов. Соответственно, работа отделения интенсивного оказания психиатрической помощи в структуре новой организационной формы, амбулаторного психиатрического модуля, позволит частично решить проблему модернизации психиатрической амбулаторной службы, усилить наблюдение за психически больными пациентами.

Из табл. 5 видно, что количество больных, принятых на амбулаторное принудительное неотложное лечение (АПНЛ) и снятых с АПНЛ, примерно одинаково. Доля больных, находящихся на АПНЛ, варьирует от 0,2% в 2015 и 2017 гг. до 0,1% в 2016 г. Изме-

Таблица 6

Число пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением и получающих лечебно-консультативную помощь в течение года, совершивших суицидальные попытки

Год	Диспансерное наблюдение		Консультативно-лечебная помощь	
	абс.	%	абс.	%
2015 г. Всего —	11	0,04	5	0,02
Завершенные —	9	0,03	1	0,003
2016 г. Всего —	7	0,02	8	0,03
Завершенные —	0	0	0	0
2017 г. Всего —	9	0,03	18	0,06
Завершенные —	1	0,03	0	0

нения не существенны, представленные цифры достаточно стабильны.

В табл. 6 представлены данные о пациентах, совершивших суицидальные попытки. Проблема суицидов существует как в диспансерной группе, так и в группе, получающих консультативно-лечебную помощь.

Показатели табл. 6 говорят о том, что врачи-психиатры амбулаторной сети оказывают посильную помощь пациентам в плане предупреждения суицидов, однако эта помощь недостаточна. Открытие амбулаторного психиатрического модуля в структуре диспансерного отделения будет способствовать снижению числа суицидов среди контингента.

Выводы

Анализ деятельности амбулаторной стационарзамещающей помощи за период 2015—2017 гг. позволил выявить значимые проблемы для дальнейшей работы психиатрической службы.

Внедрение новой организационной формы (амбулаторного психиатрического модуля) позволит решить многие проблемы в психиатрической службе: уменьшит длительность госпитализации, даст возможность повысить комплаентность, снизить осложнения при оказании помощи психически больным.

Полученные данные позволят во многом решить проблему преемственности между структурными подразделениями диспансера, как одну из ведущих в повышении качества и эффективности медицинской помощи больным с психическими расстройствами.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Хрипун А. И. От редакции. *Московская медицина*. 2017;17(2):2—3.
- Костюк Г. П. К восстановлению без изоляции и стигматизации. *Нить Ариадны*. 2017;4(131):2—3.

Поступила 12.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

- Khripun A. I. Editorial note. *Moskovskaya medicina*. 2017;17(2):2—3 (in Russian).
- Kostyuk G. P. Today the district psychiatrist becomes a key element of the whole psychiatric care system. *Nit' Ariadny*. 2017;131(4):2—3 (in Russian).

Образование и кадры

© Волнухин А. В., Сибурина Т. А., 2021

УДК 614.2

Волнухин А. В.¹, Сибурина Т. А.²

УПРАВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ

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

²ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва

На современном этапе развития здравоохранения ключевой проблемой в области отраслевого управления стала кадровая, проявляющаяся в острой нехватке медицинских кадров, их недостаточной квалификации; условиях труда, не обеспечивающих современный уровень жизни и формирующих тип личности, не заинтересованной в результатах, не готовой нести ответственность за некачественное оказание медицинской помощи.

Целью исследования стала разработка концептуальных основ совершенствования управления кадровым потенциалом в медицинских организациях на основе изучения фактического состояния и специфики работы врачебных кадров в современных условиях. Использованы методы аналитический, исторический, статистический, социологический.

В качестве основных причин недостаточного использования профессиональных и личностных возможностей врачей установлены жесткая регламентация и чрезмерная формализованность труда, недостаточность личных средств для реализации потребностей в обучении, повышенная утомляемость на работе, отсутствие условий для реализации имеющихся знаний, умений, навыков, незаинтересованность руководства в инициативных работниках.

Причины неудовлетворенности врачей трудом тесно связаны с причинами недоиспользования их профессионально-личностного потенциала. Основные факторы, снижающие удовлетворенность российских врачей трудом, — низкий уровень заработной платы при значительной нагрузке. Предложена система организационных мер по оптимизации использования в медицинских организациях имеющегося кадрового потенциала. Стратегическим резервом повышения эффективности деятельности медицинской организации становится реализация потребности врачебных кадров в использовании и развитии их профессионально-личностного потенциала.

Ключевые слова: управление человеческими ресурсами; профессионально-личностный потенциал; удовлетворенность трудом врачей.

Для цитирования: Волнухин А. В., Сибурина Т. А. Управление профессионально-личностным потенциалом врачебных кадров. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):147—152. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-147-152>

Для корреспонденции: Волнухин Артем Витальевич, д-р мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), e-mail: Volnuhin81@gmail.com

Volnukhin A. V.¹, Siburina T. A.²

THE MANAGEMENT OF PROFESSIONAL PERSONAL POTENTIAL OF MEDICAL PERSONNEL

¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University» of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Institution «The Central Research Institute for Health Organization and Informatics» of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia

Nowadays, the key problem in health care management is manpower issue that is manifested as acute shortage and inadequate qualification of medical personnel; working conditions providing no modern standard of living and developing type of personality uninterested in the results and unready to bear responsibility for poor quality of medical care.

Purpose of the study is to develop conceptual grounds of improving manpower management in medical organizations based on the study of actual state and specifics of functioning of medical personnel in actual conditions. Material and methods: analytical, historical, statistical, sociological.

The main causes of inadequate application of professional and personal capabilities of medical personnel are tough regulation and exceeding formalization of labor, inadequacy of personal funds to satisfy personal requirements in training, increased fatigue at workplace, lack of needed conditions to apply actual knowledge and skills, disinterestedness of administration in ambitious self-starters.

The causes of medical personnel dissatisfaction with professional work are closely related to causes of under-exploitation of their professional and personal potential. The main factors diminishing satisfaction of medical personnel with professional labor are low wages at significant workload. The system of organizational measures to optimize application of existing manpower in medical organizations is proposed.

The strategic reserve of increasing efficiency of medical organization functioning is realization of need of medical personnel in effective application and development of their professional and personal potential.

Keywords: manpower management; human resources; professional and personal potential; professional satisfaction; medical organization.

For citation: Volnukhin A. V., Siburina T. A. The management of professional personal potential of medical personnel. *Problemy socialnoi gigieni, zdoravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):147—152 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-147-152>

For correspondence: Volnukhin A. V., doctor of medical sciences, professor of the Chair of General Medical Practice of the Institute of Professional Education of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University». e-mail: Volnukhin81@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 04.08.2020
Accepted 29.10.2020

Введение

Организационно-управленческие проблемы обеспечения населения страны качественной и доступной медицинской помощью требуют от системы здравоохранения поиска эффективных решений в области рационального использования и развития кадрового потенциала отрасли. Национальным проектом «Здравоохранение» в разделе «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами» утверждена необходимость решения трех проблем: укомплектованности учреждений здравоохранения медицинскими кадрами, изменения системы допуска в профессию посредством введения аккредитации специалистов, внедрения системы непрерывного медицинского образования с использованием дистанционных образовательных технологий. Дополнения Президента Российской Федерации в тексте Ежегодного послания Федеральному Собранию включали пересмотр системы оплаты труда медицинских работников, изменение порядка получения медицинского образования, в том числе в региональных образовательных учреждениях. Этой же цели должно способствовать укрепление и обновление отраслевой инфраструктуры в рамках проекта по модернизации здравоохранения.

Вместе с тем изменить сегодняшнее состояние медицинских кадров только на основании предложенных подходов затруднительно, так как произошедшие за последние годы изменения в условиях работы медицинского персонала сформировали и продолжают формировать тип личности медицинского работника, требующий коррекции на более глубоких уровнях.

Кроме направлений оптимизации кадровой работы в здравоохранении, включенных в Национальный проект и озвученных Президентом, необходимо обратить внимание еще на три: изменение стиля управления медицинскими организациями, переосмысление роли новых технологий и квалификации врача в процессе обеспечения качества медицинской помощи, повышение удовлетворенности медицинских работников их трудом.

Современными руководителями в сфере здравоохранения приоритетное внимание уделяется экономической эффективности медицинских организаций, увеличению объема предоставляемых медицинских услуг, росту производительности труда медицинского персонала. Не отрицая значимости этих параметров в условиях рыночной экономики, необходимо отметить, что чрезмерное акцентирование на них в ущерб качеству медицинской помощи и социальной эффективности противоречит гуманисти-

ческой идеологии, которая исторически составляет основу профессии врача. Усугубляет ситуацию формализованный бюрократический подход к организации лечебно-диагностического процесса, лишаящий медицинских работников возможности творчества, являющегося одним из неотъемлемых атрибутов их труда. Прямыми следствиями становятся отток из практического здравоохранения специалистов, обладающих глубокими профессиональными знаниями и высоким творческим потенциалом, приход им на смену медицинских работников-исполнителей средней и низкой квалификации.

Если говорить о молодых специалистах, профессиональная личность которых находится на стадии формирования, наблюдаемые в настоящее время излишние технизация и алгоритмизация лечебно-диагностического процесса не позволяют в должной степени развиваться клиническому мышлению и способствуют их отстранению от пациента [1]. Безусловно, инновационное развитие, информатизация и цифровизация медицины — неотъемлемые составляющие прогресса, но должен быть соблюден баланс. Медицина — это не та отрасль, где искусственный интеллект сможет полностью заменить нестандартное мышление врача, а оно нуждается в формировании и развитии.

Удовлетворенность медицинских работников трудом также находится не на должном уровне. Как показали результаты социологических исследований, основными причинами данной проблемы являются невысокий уровень дохода при значительной рабочей нагрузке, оснащение, не отвечающее в полной мере реальным потребностям, сомнительность принятых стандартов медицинской помощи, недостаточное лекарственное обеспечение, неоправданное ограничение времени на амбулаторный прием, снижение доступности первичной специализированной медико-санитарной помощи вследствие реструктуризации медицинских организаций первичного сектора здравоохранения [2, 3]. При этом удовлетворенность медицинских работников — это тот фактор, который непосредственно влияет на эффективность и качество их труда, а также приверженность профессии.

Таким образом, проводимая в стране реформа здравоохранения в качестве социальных последствий имеет негативное отражение в отношении организации работы врачебного персонала, ставшего заложником проводимой структурной реорганизации, административного давления с помощью различных регламентов и отсутствия целевой ориентации руководителей разного уровня на создание условий труда, способствующих рациональному ис-

Образование и кадры

Оценка причин недоиспользования профессионального потенциала в зависимости от должности (в %)

Параметр	Руководитель	Заведующий отделением	Врач
Жесткая регламентация и заформализованность труда	50	24,2	22,8
Финансовые барьеры	25	16,7	15
Высокая рабочая нагрузка	0	9,1	17
Отсутствие условий (технических, организационных, финансовых) для реализации имеющихся знаний, умений, навыков	25	15,1	11,7
Незаинтересованность руководства в инициативных работниках	0	9,1	9,1
Недоучет руководством возможностей и желаний сотрудников	0	7,6	9,7
Нежелание руководства вкладывать средства в развитие профессиональных качеств специалистов	0	1,5	6
Отсутствие стратегического планирования подготовки кадров	0	3,0	4,2
Вынужденность работать не по профилю	0	4,6	2,2
Юридические барьеры для инновационного развития	0	9,1%	2,3

пользованию и развитию трудового потенциала медицинских кадров. Нарушается принцип «признания права врача на независимость от любых немедицинских факторов, политических и финансовых» [4]. Приобретает особую актуальность изучение потенциала медицинских кадров как неиспользованных в настоящих условиях возможностей с целью формирования научно обоснованной теоретической базы для совершенствования работы с человеческими ресурсами.

К переменам в медицинской деятельности призвал Президент РФ [2]. Она должна сохранять статус «искусства» и нести миссию «служения людям», а не превращаться в сферу оказания услуг. На назревшую необходимость изменения отношения к медицинским кадрам обращала внимание В. И. Скворцова, будучи министром здравоохранения. Самореализация и самоактуализация медицинских кадров были указаны в качестве основных мотивационных рычагов развития. Однако эти установки не получили воплощения в повседневной практике.

Цель исследования — разработать концептуальные основы по совершенствованию управления кадровым потенциалом в медицинских организациях на основе изучения фактического состояния и специфики работы врачебных кадров в современных условиях.

Задачи исследования:

- рассмотреть основные формы и составляющие части трудового потенциала, способы повышения эффективности его использования и развития;
- провести обследование врачебных кадров с позиции наличия в учреждениях здравоохранения условий работы, необходимых для рационального использования и развития профессионально-личностного потенциала;
- разработать основные концептуальные подходы к повышению эффективности использования и развития кадрового потенциала в здравоохранении.

Материалы и методы

Исследование осуществлялось по трем методическим направлениям: аналитическая работа по задачам исследования, проведение эмпирических исследований; концептуальные авторские разработки.

В работе использованы методы: аналитический, исторический, статистический, анкетного опроса.

В качестве методологической основы современной системы управления медицинскими кадрами была использована признанная в мировой экономике концепция управления человеческими ресурсами (УЧР). В рамках этой концепции управление людьми стало пониматься не столько через использование технологий, регламентов, нормативов, процедур, сколько как искусство, обеспечивающее индивидуальный подход к работнику. Система научного управления персоналом строится на интеграции методов воздействия на коллектив и отдельных работников и системы работы с кадрами, обеспечивающей эффективное использование имеющегося потенциала и способствующей его росту.

Результаты исследования

Анкетный опрос более 800 специалистов здравоохранения (врачей и руководителей) позволил выявить основные причины недоиспользования профессионального потенциала врачебных и руководящих кадров (см. таблицу).

Как видно из таблицы, по мнению специалистов различных категорий, представляющих медицинскую сферу деятельности, основным барьером для реализации их профессионального потенциала является формальный бюрократический подход к организации рабочего процесса. Серьезной проблемой остается финансовая необеспеченность потребностей медицинских работников в профессиональном развитии, переутомление на работе и отсутствие условий для реализации имеющихся знаний, умений, навыков, что особенно характерно для руководящего состава. Таким образом, у врачей и организаторов здравоохранения есть мотивация к реализации имеющегося профессионально-квалификационного потенциала и его дальнейшему развитию, однако этому, как правило, серьезно препятствуют существующие условия труда.

Обсуждение

Результаты проведенного анкетирования подтвердили гипотезу об актуальности проблем недостаточной эффективности управленческих подходов и низкой удовлетворенности врачей в качестве факторов, сдерживающих реализацию и развитие кадрового потенциала медицинской организации. Вместе

с тем справедливо заметить, что потребность в профессионально-личностном развитии пока еще не стала для российских врачей первостепенным фактором удовлетворенности трудом, который мог бы стать основным стимулом повышения эффективности и качества работы.

Приоритет по-прежнему отдан перегрузкам на работе и недостаточной оплате труда, что подтверждают результаты исследований, проведенных ранее [1, 5, 6]. При этом за рубежом иерархия факторов, определяющих удовлетворенность медицинского персонала трудом, несколько иная. Большие значения имеют степень реализации карьерных ожиданий, условия для саморазвития, личная вовлеченность в работу медицинской организации, возможности для реализации творческого подхода [7–12].

Обсуждение

Труд врача относится к категории умственного и предъявляет особые требования к памяти, вниманию, мышлению, эмоциональной сфере [12]. Его специфическими особенностями являются медицинская и социальная ответственность за принимаемые решения, дефицит доступной информации, лимит времени, необходимость коммуникации с пациентом и/или его родственниками (представителями) [11]. По существующей классификации он, бесспорно, относится к тяжелому [13]. Особое место в этом контексте занимает проблема профессионального выгорания, требующая комплексного подхода к ее решению [14].

Современная теория управления свидетельствует о том, что именно врач является главным действующим лицом, определяющим качество медицинских услуг, результативность процесса оказания медицинской помощи и эффективность медицинской организации [10, 13]. В целях повышения эффективности использования профессионально-личностного потенциала медицинских работников в медицинской организации предложена следующая последовательность организационных мероприятий:

- Проведение и анализ результатов хронометража рабочего времени различных категорий медицинских работников (руководителей здравоохранения, врачебного и сестринского персонала). Целью является оценка общей нагрузки, временных затрат, связанных с выполнением основных функций и задач, напрямую не связанных с профильной деятельностью, выявление времени, которое можно уделить образованию и развитию.
- Анализ кадровых документов и свидетельств об аккредитации каждого сотрудника, проведение опросов, экспертиза основных результатов труда для оценки соответствия занимаемых должностей, рабочих обязанностей и степени сложности выполняемых рабочих задач уровню образования, специализации, фактически имеющимся знаниям, умениям, навыкам, опыту работы.
- Рациональное распределение рабочей нагрузки и функциональных обязанностей между руководителями медицинской организации (главными врачами, заместителями главных врачей, заведующими отделениями, главными и старшими медицинскими сестрами), врачами, медицинскими сестрами и немедицинским персоналом с учетом имеющихся профессиональных стандартов и основных компетенций каждой категории специалистов.
- Рациональное распределение рабочей нагрузки и функциональных обязанностей между сотрудниками одной категории и одного профиля с учетом имеющихся знаний, умений и навыков, предшествующего и текущего опыта работы, индивидуальных результатов труда, личностных особенностей и пожеланий.
- Улучшение структуры рабочего времени и его использования на организационном и индивидуальном уровнях — оптимизация общей нагрузки, перевод большинства задач в категорию плановых, приоритизация производственных задач, минимизация временных затрат на деятельность, не связанную с основными функциональными обязанностями, выделение времени для приема пищи, отдыха и обучения.
- Разработка и внедрение целевых индикаторов, объективно отражающих индивидуальную результативность каждого сотрудника, подразделения и медицинской организации в целом, связанную с сохранением и восстановлением здоровья населения. Использование системы поощрения, учитывающей как индивидуальные достижения каждого работника, так и его вклад в результаты структурного подразделения и организации.
- Развитие кроссфункциональных взаимодействий между медицинскими работниками разных подразделений, а также между разными подразделениями медицинской организации, направленных на совершенствование диагностики, лечения, профилактики и реабилитации заболеваний и патологических состояний.
- Обеспечение возможности обратной связи каждого медицинского работника с непосредственным руководителем и руководителем медицинской организации. Развитие двусторонних вертикальных и диагональных коммуникаций.
- Составление индивидуального плана развития (профессионального и личностного) каждого сотрудника, учитывающего имеющиеся профессиональный и личностный потенциалы, пожелания работника, текущие и перспективные рабочие задачи, стратегию развития медицинской организации, изменения в законодательной сфере. Этот план должен реализовываться на протяжении всей трудовой деятельности медицинского работника в конкретной организации с оценкой промежуточных и итоговых результатов, коррекцией.

Образование и кадры

- Формирование кадрового резерва, его регулярная критическая оценка и активное использование при освобождении вакантных должностей.
- Непрерывная, основанная на индивидуальном подходе работа по профилактике и своевременному выявлению признаков профессионального выгорания медицинских работников, включающая, кроме перечисленных мероприятий, мониторинг физического и психологического состояния сотрудников непосредственным руководителем и, при необходимости, проведение специального диагностического тестирования. В случае выявления первых признаков профессионального выгорания — принятие комплекса мер, направленных на временное или постоянное уменьшение нагрузки, изменение функциональных обязанностей, условий и характера труда, поиск дополнительных факторов мотивации.

Заключение

Укрепление стратегических принципов в управлении здравоохранением повышает роль и значимость работы с медицинскими кадрами, использование и развитие которых является залогом и обязательным условием дальнейшего развития отрасли.

Приоритет в управлении «человеческим фактором» отражает общемировые тенденции в развитии теории управления на принципах концепции УЧР, предусматривающей изменение отношения к персоналу на основе создания оптимальных условий труда, его организации и технической оснащенности, а также рационального использования профессионально-личностного потенциала, принятия мер по его поддержанию и развитию. Кадры, являясь наиболее ценным ресурсом, требуют определенных финансовых вложений в развитие, подготовку, нуждаются в мотивации, стимулировании, карьерном росте, предоставлении социальных льгот, качественном отдыхе, свободном времени.

К сожалению, в последние годы принципы управления в системе российского здравоохранения низвели работу врача до уровня предоставления услуг. Подобное отношение порождает формирование личности, старающейся не брать на себя лишней ответственности, действовать по утвержденным регламентам, что не способствует стремлению к использованию имеющегося потенциала и его развитию. Основным направлением кадровой работы в условиях повышения потенциала должен стать прежде всего индивидуальный подход к подбору, обучению, воспитанию кадров, исходя из требований занимаемой должности и правил взаимодействия в коллективе.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Сокол А. Ф. Современный врач, особенности, пути оптимизации профессиональных и личностных качеств. *Социология медицины*. 2014;1(24):7—14.

2. О задачах субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи (по материалам заседания президиума Государственного совета 30 июля 2013 г.). *Вестник Росздравнадзора*. 2013;(4):5—6.
3. Сводный аналитический отчет «Противостояние логик»: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы здравоохранения». Левада-центр. 2016. Режим доступа: www.levada.ru/cp/wp-content/uploads/2016/05/299_1-15_Svodnyj-analiticheskij-otchet.pdf (дата обращения 08.10.2018).
4. Стаканова О. В. О структуре трудового потенциала. *Социологические исследования*. 1982;(2):75—9.
5. Кибанов А. Я. Трудовой потенциал и интеллектуальный капитал организации и ее персонала. *Кадры*. 2014;(9):50—6.
6. Волнухин А. В. Научное обоснование современных направлений развития и повышения конкурентоспособности частных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. М.: 2018.
7. Antoniou A.-G. G., Davidson M. J., Cooper C. L. Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. *J. Manag. Psychol.* 2003;6(18):592—621. doi: 10.1108/02683940310494403
8. Van Ham I., Verhoeven A. A. H., Groenier K. H. Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review. *Eur. J. General Pract.* 2006;4(12):174—80.
9. Matsumoto M., Okayama M., Kajii E. Rural doctors' satisfaction in Japan: a nationwide survey. *Aust. J. Rural Health.* 2004;12:40—8.
10. Madaan N. Job Satisfaction among Doctors in a Tertiary Care Teaching Hospital. *JK Science*. 2008;2(10):81—3.
11. Творческий труд. Особенности творческой деятельности. MedicFactory. Режим доступа: <http://medicfactory.ru/arttrud.htm> (дата обращения 15.06.2016).
12. Особенности медицинской профессии. Лекция «Безопасность медицинского труда». Кафедра безопасности жизнедеятельности и медицина катастроф. Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, 2013. Режим доступа: https://studopedia.ru/4_3828_osobennosti-meditsinskoj-professii.html (дата обращения 23.06.2016).
13. Сибурина Т. А. Мобилизация творческого потенциала врачебных кадров — стратегическое направление кадровой политики в здравоохранении. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2019;4(50):1—16. doi: 10.21045/2071-5021-2016-50-4
14. Кобякова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С. Факторы, ассоциированные с формированием профессионального выгорания у врачей. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(6):967—71.

Поступила 04.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Sokol A. F. A modern doctor, features, ways to optimize professional and personal qualities. *Sotsiologiya meditsiny*. 2014;1(24):7—14 (in Russian).
2. On the tasks of the constituent entities of the Russian Federation to increase the availability and quality of medical care (based on materials from a meeting of the Presidium of the State Council on July 30, 2013). *Vestnik Roszdravnadzora*. 2013;(4):5—6 (in Russian).
3. The summary analytical report «Confrontation of Logics»: a doctor, a patient and the authorities in the context of reforming the health-care system». Levada Center. 2016. Available at: www.levada.ru/cp/wp-content/uploads/2016/05/299_1-15_Svodnyj-analiticheskij-otchet.pdf (accessed 08.10.2018).
4. Stakanova O. V. On the structure of labor potential. *Sotsiologicheskiye issledovaniya*. 1982;(2):75—9 (in Russian).
5. Kibanov A. Ya. Labor potential and intellectual capital of the organization and its personnel. *Kadrovik*. 2014;(9):50—6 (in Russian).
6. Volnuhin A. V. Scientific substantiation of modern directions of development and competitiveness of private medical organizations providing medical care on an outpatient basis [*Nauchnoye obosnovaniye sovremennykh napravleniy razvitiya i povysheniya konkurentosposobnosti chastnykh meditsinskih organizatsiy, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях*]. Moscow; 2018. 313 p. (in Russian).
7. Antoniou A.-G. G., Davidson M. J., Cooper C. L. Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece. *J. Manag. Psychol.* 2003;6(18):592—621. doi: 10.1108/02683940310494403
8. Van Ham I., Verhoeven A. A. H., Groenier K. H. Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review. *Eur. J. General Pract.* 2006;4(12):174—80.

9. Matsumoto M., Okayama M., Kajii E. Rural doctors' satisfaction in Japan: a nationwide survey. *Aust. J. Rural Health*. 2004;12:40—8.
10. Madaan N. Job Satisfaction among Doctors in a Tertiary Care Teaching Hospital. *JK Science*. 2008;2(10):81—3.
11. Creative work. Features of creative activity. MedicFactory. Available at: <http://medicfactory.ru/arttrud.htm> (accessed 15.06.2016) (in Russian).
12. Features of the medical profession. Lecture «Safety of medical work». Department of Life Safety and disaster medicine. I. M. Sechenov First MSMU, 2013. Available at: https://studopedia.su/4_3828_oso-bennosti-meditinskoy-professii.html (accessed 23.06.2016) (in Russian).
13. Siburina T. A. Mobilization of the creative potential of doctors is a strategic direction of personnel policy in healthcare. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2019;4(50):1—16. doi: 10.21045 / 2071-5021-2016-50-4-10 (in Russian).
14. Kobyakova O. S., Deev I. A., Kulikov E. S., et al. Factors associated with the formation of professional burnout by doctors. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;6(27):967—71 (in Russian).

История медицины

© Коллектив авторов, 2021
УДК 614.2

Затравкин С. Н.^{1,2}, Вишленкова Е. А.², Чалова В. В.¹

СОСТОЯНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 1960—1980-х ГОДАХ

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

²НИУ «Высшая школа экономики», 107000, г. Москва

В статье представлены материалы, характеризующие состояние системы здравоохранения в СССР в 1960—1980-х годах. Основное внимание уделено комплексу нерешенных проблем, негативное влиявших на объем и качество медицинской помощи населению. Высказаны и обоснованы выводы о факторах ослабления государственной системы здравоохранения в последние десятилетия существования СССР.

Ключевые слова: история здравоохранения; советская медицина.

Для цитирования: Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Чалова В. В. Состояние и возможности советского здравоохранения в 1960—1980-х годах. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):153—160. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-153-160>

Для корреспонденции: Затравкин Сергей Наркизович, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки, e-mail: zatravkine@mail.ru

Zatravkin S. N.^{1,2}, Vishlenkova E. A.², Chalova V. V.¹

THE STATE AND POSSIBILITIES OF THE SOVIET HEALTH CARE IN 1960—1980s

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

²The National Research University «The Higher School of Economics», 107000, Moscow, Russia

The article presents materials characterizing the state of health care system in the USSR in 1960—1980s. The main attention is paid to the complex of unresolved problems that had negative impact on capacity and quality of population medical care. The conclusions concerning factors weakening state health care system during last decades of the USSR existence are expressed and justified.

Keywords: history of public health; the Soviet health care; the USSR.

For citation: Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A., Chalova V. V. The state and possibilities of the Soviet Health Care in 1960—1980s. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):153—160 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-153-160>

For correspondence: Zatravkin S. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health». e-mail: zatravkine@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 10.08.2020
Accepted 29.10.2020

Состояние системы здравоохранения представлено читателю в цифрах и рассказах во многих публикациях советского времени. Современники — идеологи, теоретики и руководители здравоохранения — оценивали его весьма позитивно. Представленные в их сочинениях количественные показатели роста лечебно-профилактических, санитарно-эпидемических, аптечных, учебных и научно-исследовательских учреждений, а заодно и кадрового потенциала воспроизводились в десятках публикациях. Ими по необходимости в последующем пользовались российские и зарубежные историки медицины [1—4]. Поскольку динамика экстенсивных показателей советского здравоохранения была впечатляющей, то и вывод был однозначный — бесплатное советское здравоохранение было качественным.

Согласно данным официальной статистики, с 1960 по 1989 г. число врачей почти утроилось, что сделало СССР мировым лидером по обеспеченности

населения медицинскими кадрами. В 2,4 раза выросло количество медсестер, удвоилось число больничных коек, причем этот рост был как в абсолютном выражении, так и в расчете на душу населения (табл. 1). Росло число посещений у врачей в амбулаторно-поликлинической сети, количество госпитализаций, выполненных операций и прочих медицинских манипуляций. Согласно этим же данным, интенсивно развивалась медицинская промышленность, производящая лекарственные средства и медицинскую технику. Кажется, что здравоохранение заслуженно именовалось в партийных и государственных документах «крупнейшей отраслью народного хозяйства». Провозглашалось, что оно решает «самую важную социальную задачу — заботу о здоровье советских людей» [4].

В середине 1980-х годов бравурная риторика стала тише, а после выхода в 1987 г. «Основных направлений развития охраны здоровья и здравоохранения

Некоторые количественные показатели развития здравоохранения в СССР в 1960—1989 гг. [5—8]

Показатель	1960 г.	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1985 г.	1989 г.
Число врачей, абс. ед.	432 000	554 248	668 000	835 000	997 100	1 170 400	1 256 000
Обеспеченность врачами, на 10 тыс. населения	20	23,9	27,4	32,6	37,5	42,0	43,8
Число среднего медицинского персонала, абс. ед.	1 388 300	1 691 800	2 123 000	2 515 000	2 814 300	3 158 900	3 352 000
Обеспеченность средним медицинским персоналом, на 10 тыс. населения	61,8	73,0	87,1	98,5	105,7	113,5	116,9
Число больничных коек, абс. ед.	1 739 000	2 226 000	2 663 300	3 011 900	3 324 200	3 607 700	3 763 000
Обеспеченность больничными койками, на 10 тыс. населения	80	96	109,2	118,0	124,9	129,6	131,3
Число аптек, абс. ед.	Н/д	Н/д	Н/д	25 426	27 328	29 768	30 304
Число фармацевтов, абс. ед.	949 50	001 256	167 800	207 400	239 900	271 300	307 600

Примечание. Н/д — нет данных.

СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» и вовсе пропала, сменившись критикой. На рубеже 1980—1990-х годов с высоких трибун и со страниц печати звучала тревога о «критической ситуации, сложившейся в охране здоровья народа», о «чрезвычайном положении, создавшемся в системе охраны материнства и детства», о «катастрофическом положении» дел в системе здравоохранения. Критики игнорировали цифры роста системы здравоохранения и убеждали оппонентов цифрами упадка в демографической статистике.

Сегодня появилась необходимая исследовательская дистанция для анализа этого спора. Расстояние в 40—60 лет позволяет свободнее работать с историческими источниками и смотреть на советскую систему здравоохранения не в качестве судей или жертв, а с позиции исторической беспристрастности. Нас интересует заложенная в ней логика советской «заботы о здоровье»: как и в чем она должна была проявляться, чем измеряться?

Лечебная сеть

Начнем с количественных показателей развития здравоохранения. Рост числа врачей, амбулаторий, больничных коек, диспансеров, несомненно, был, но он отставал от рассчитанной теоретиками здравоохранения потребности. На протяжении всего рассматриваемого периода обеспеченность населения больничными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями была ниже установленных в СССР нормативов, а к концу 1980-х годов дефицит этих учреждений составлял от 6 до 25%. Особенно остро дефицит ощущался в Армении, где обеспеченность койками была в 1,5 раза ниже общесоюзной, в Азербайджане — в 1,3 раза, в Таджикистане — в 1,25 раза, в Грузии и Туркмении — в 1,2 раза. Не хватало и специализированных больничных учреждений. На 3—15% ниже норматива была обеспеченность койками больных хирургического и фтизиатрического профиля; на 28—34% — неврологического, дерматовенерологического и психического, на 50—53% — офтальмологического и оториноларингологического [7].

Особенно показательной здесь может быть ситуация в Москве. В городе, где почти каждый сотый житель — врач, были огромные очереди в поликлиниках, а дефицит больничных коек составлял по офтальмологии 60,7%, по дерматовенерологии —

59,1%, по инфекционным заболеваниям — 55,7%, по терапии — 39,5%, по фтизиатрическим заболеваниям — 31,6% [9].

Для историков важны не только проверка достоверности статистических данных, но и выявление латентных механизмов статистического искажения реальности. Цифры официальной статистики были реальными, однако прирост числа коек происходил главным образом (от 56,3 до 66,3% от общего числа) за счет развертывания их в так называемых приспособленных зданиях (изначально построенных не для стационаров) и за счет уплотнения больничных палат.

В 1970-е годы такой прирост стал гораздо ниже, чем в 1960-е, хотя и тогда доля таких коек составляла значительную часть фонда советского здравоохранения (от 37,4 до 42,9%). Даже в 1988 г. обычными были палаты на 6—10 человек (60,9%). Доля палат на 1—2 пациентов составляла 0,2% и значительно уступала доле палат на 20 человек и более (1,3%) [8].

В течение 1960—1980-х годов средняя площадь на одного больного в стационарах сократилась с 3,5 до 2 м². Уплотнение коечного фонда неминуемо вело к нарушениям санитарно-гигиенического режима и способствовало возникновению внутрибольничных инфекций.

Что касается обеспеченности врачами, то здесь имела место географическая асимметрия. В Грузии и Прибалтике численность врачей превышала общесоюзный показатель, а в Узбекской, Туркменской и Таджикской ССР их было меньше средней нормы на 20; 20 и 37,2% соответственно. По всему СССР остро

Т а б л и ц а 2

Прирост во врачебных стационарах числа больничных коек, включая койки в психоневрологических больницах системы Министерства здравоохранения СССР (в %)

Показатель	1960 г.	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.
В специально построенных зданиях	32,3	43,0	52,7	62,6	57,1
В приспособленных зданиях исполкомов и промышленных предприятий	24,6	14,8	12,1	10,9	38,5
В приспособленных зданиях МЗ СССР	19,7	25,1	21,2	19,2	
В существующих стационарах	22,0	16,4	13,8	7,3	4,4
В медицинских учреждениях других ведомств	1,4	0,7	0,2	—	—
В с е г о...	100	100	100	100	100

История медицины

не хватало врачей-специалистов (кардиологов, эндокринологов, травматологов-ортопедов, гастроэнтерологов, пульмонологов). На протяжении всего рассматриваемого периода бедственное положение сохранялось с обеспеченностью врачами-педиатрами в среднеазиатских республиках, где оно было в 2 раза ниже, чем в среднем по СССР. Не лучше обстояли дела и с акушерами-гинекологами. Каждый акушер-гинеколог в Таджикской ССР принимал в год родов в четыре раза больше, чем его коллега в Литве [10].

С каждым годом в СССР увеличивался дефицит среднего медицинского персонала. При нормативе в 3,5 медсестры на одного врача в 1975 г. в советских медицинских учреждениях было только 3, в 1980 г. — 2,8, в 1985—1988 гг. — 2,7 [7]. Это автоматически увеличивало нагрузку врачей и негативно влияло на качество медицинской помощи.

Несоответствие лечебной сети и кадровых ресурсов разработанным в СССР нормативным потребностям было настолько выраженным, что в конце 1970-х годов власти официально признали существование этой проблемы, упомянув о ней в специальном Постановлении ЦК КПСС и Совмина СССР от 22 сентября 1977 г.

Инфраструктурные проблемы

Проверка технического состояния зданий больниц и поликлиник, проведенная в октябре 1988 г., показала, что не нуждалось в ремонте только 17% зданий поликлиник и 15% больниц; 9% больниц находились в аварийных домах, 14% требовали незамедлительной реконструкции, а 32% — капитального ремонта. В значительной части зданий отсутствовала необходимая для медицинских учреждений санитарная инфраструктура (табл. 3). При этом из-за дефицита основных фондов из года в год не осваивались средства, выделявшиеся на строительство новых больниц и поликлиник.

Проведенная тогда же ревизия обеспеченности медицинских учреждений лечебно-диагностическим оборудованием выявила слабую оснащенность советских врачей медицинской техникой (табл. 4).

В 1988 г. только в 2% поликлиник и в 6% больниц пациент мог пройти УЗИ, только в 5% поликлиник и 13% больниц возможно было эндоскопическое исследование. Если в США в середине 1980-х годов функционировало более 3 тыс. современных компьютерных томографов, то в СССР их было только 62, и 25 из них — устаревшей конструкции. Даже в Москве обеспеченность учреждений здравоохранения медицинской техникой составляла около 60% от норматива. Более 1/3 медицинского оборудования было устаревшим, прослужившим от 10 до 30 лет [9]. Остро не хватало катетеров, одноразовых систем, шприцев, игл, функциональной мебели, кроватей, каталок, постельного белья и даже полотенец.

Оборудование, которое имелось в распоряжении советских медиков, далеко не всегда находилось в рабочем состоянии или отвечало потребностям лечебно-диагностического процесса. Как было признано на совместном заседании Коллегий Министер-

Таблица 3

Удельный вес зданий, в которых отсутствовала санитарная инфраструктура (в %) [7]

В зданиях отсутствуют	Поликлиники	Больницы
Водопровод	9,2	14,7
Горячее водоснабжение	29,3	48,6
Канализация	14,7	24,2
Центральное отопление	11,6	18,8
Душ (ванная)	51,9	45,3
Электроснабжение	1,4	1,1
Система вентиляции	53,6	63,6

Таблица 4

Обеспеченность медицинским оборудованием больниц и поликлиник системы Министерства здравоохранения СССР (в %) [8]

Испытывают недостаток в оборудовании	Поликлиники	Больницы
Рентгенотерапевтическом	54	56
Флюорографическом	52	48
Рентгенодиагностическом	51	43
Лабораторном	45	49
Физиотерапевтическом	42	44
Электрокардиографическом	38	35

ства приборостроения и Министерства здравоохранения СССР, состоявшемся в 1988 г., большинство изделий, выпускавшихся отечественными заводами, имело «низкие технический уровень и качество, ненадежны в эксплуатации, значительно уступало зарубежным аналогам по функциональным возможностям» [11].

Особые нарекания у врачей вызывало качество приборов и аппаратов для массового обследования населения: измерения артериального давления, эндоскопических аппаратов, лабораторного оборудования, флюорографов, рентгенодиагностических комплексов и др. Серьезные претензии высказывали хирурги в отношении хирургического инструментария. «Буквально на последнем дыхании работают наркозные аппараты, — говорила на I Всесоюзном съезде врачей детский хирург городской клинической больницы города Курска Л. В. Чеботарева. — Не светят операционные лампы, выходят из строя операционные столы. Мои коллеги — детские хирурги и анестезиологи — просили буквально кричать на съезде о том, что работать с имеющейся аппаратурой уже нельзя. И ждать 5—6 лет... невозможно» [12, с. 131]. Плохое техническое состояние медицинской техники усугублялось отсутствием запасных частей для ремонта. Заявка Министерства здравоохранения на запасные части в 1987 г. была удовлетворена только на 75%⁹.

Слабая оснащенность лечебно-диагностическим оборудованием и его низкое качество негативно влияли на качество медицинской помощи. Они были

⁹ Основными причинами такого положения дел на совещании были признаны полное отсутствие или низкая доступность отечественных комплектующих изделий с высокими функциональными и надежностными показателями, низкий уровень технологического оснащения заводов, недостаточное выделение современного металлообрабатывающего, кузнечно-прессовочного оборудования и литейных автоматов для переработки пластмасс.

причиной диагностических ошибок, запоздалого выявления патологий и невозможности выполнения многих видов медицинских вмешательств. В этом плане показателен пример с хирургическим лечением тяжелых форм ишемической болезни сердца, позволявшим существенно продлить жизнь пациентов. В США такие операции, как аортокоронарное шунтирование (АКШ) и баллонная коронарная ангиопластика, выполнялись сотнями тысяч в год на рубеже 1960—1970-х годов. В 1980-е годы начались массовые операции по стентированию коронарных артерий. В СССР баллонная коронарная ангиопластика и стентирование коронарных артерий не делались вовсе. Операции АКШ имели единичный характер. И это при том, что первая в мире операция АКШ была выполнена в СССР в 1964 г. профессором В. И. Колесовым.

Аналогичным образом складывалась ситуация и с операциями на открытом сердце. В 1987 г. в СССР было выполнено 6122 такие операции, а в США — 140 тыс. Очень медленно внедрялись и операции по пересадке почек. В том же 1987 г. в СССР было выполнено около 500 трансплантаций, в США — 8 тыс. При этом обеспеченность диализными местами для больных с почечной недостаточностью в СССР составила 3,4 на 1 тыс. населения, в США — 200, в ФРГ — 180 [12].

В Советском Союзе не получили применения и другие новые лечебно-диагностические технологии, активно внедрявшиеся в мире и позволявшие повысить качество медицинской помощи, сокращать сроки дорогостоящего стационарного лечения. В СССР в 1960—1980-х годах средняя продолжительность стационарного лечения выросла с 13,5 до 16 дней, что почти втрое превышало время нахождения больных в стационарах США [13]. Если принять во внимание, что в конце 1980-х годов в стационарах проходили лечение более 73 млн пациентов в год, то становится очевидным, какое дополнительное давление на систему здравоохранения оказало такое увеличение сроков стационарного лечения [12].

Многие советские семьи испытывали панику от острого дефицита лекарств. Новые зарубежные препараты закупались в ограниченном количестве и внедрялись в лечебную практику чрезвычайно медленно. Особенно острая потребность была в новых антибиотиках, их отсутствие в СССР служило причиной роста смертности от инфекционных заболеваний и болезней органов дыхания в 1970—1980-е годы. Советское здравоохранение испытывало недостаток не только в новых, но и в традиционных лекарственных средствах, например в инсулине. Медицинской промышленности не хватало мощностей, она удовлетворяла запросы Министерства здравоохранения лишь на 75—80%. В ассортименте выпускавшейся продукции было много устаревших лекарственных форм. Об уровне обеспеченности населения лекарственными препаратами свидетельствуют цифровые сопоставления: потребление лекарств в сопоставимых ценах на человека в год в СССР составляло 15,7 руб.; в ФРГ — в 5,8 раза больше, в

США — в 6,5 раза, в Японии — в 7,5 раза [12]. В 1970—1980-х годах в стране возник и развивался «черный рынок» лекарств. «Мы не можем объяснить больным,— говорили врачи с трибуны I Съезда народных депутатов СССР,— почему общество соглашается с этим самым бессердечным из всех дефицитов, определяющим жизнь или смерть» [13].

Низкая эффективность советской системы здравоохранения определялась еще и качеством подготовки врачей. На I Всесоюзном съезде врачей 1988 г. об этом говорили многие выступавшие, от министра здравоохранения СССР и ректоров медицинских вузов до заведующих отделениями районных больниц и амбулаторий [12]. Они называли разные причины: снижение требований к абитуриентам, выпускникам и преподавательскому составу медицинских институтов, вызванное необходимостью наращивать число выпускников, несовершенство учебных программ, большую занятость студентов-медиков в работе колхозов, строек и прочих работах; слабую клиническую базу многих медицинских вузов. Результатом становилось массовое производство слабообученных специалистов. «Молодые врачи напоминают необученных рекрутов,— заявил на I Всесоюзном съезде врачей заведующий кафедрой Вильнюсского государственного университета А. М. Марцинкявичус.— И это несмотря на год интернатуры, после которой мы, казалось бы, имеем подготовленного специалиста... а он боится каждого больного...» [12, с. 86].

Компенсировать издержки массового производства должна была система повышения их квалификации, но она не могла удовлетворить потребности всех нуждавшихся. Исследование, проведенное в 1986 г. Всесоюзным НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения имени Н. А. Семашко, показало, что из всех опрошенных участковых врачей-педиатров только 2,8% закончили ординатуру, 20% прошли курсы усовершенствования на центральных базах, а у 38,8% врачей срок последнего повышения квалификации превысил 5 лет¹⁰. Число врачебных ошибок росло, и слабая подготовка врачей была очевидна даже пациентам.

По данным социологического опроса 53,8 тыс. респондентов, проведенного органами государственной статистики в октябре 1988 г., более половины высказывали неудовлетворенность работой амбулаторно-поликлинических, больничных и родовспомогательных учреждений [7]. Неудовлетворенность работой больниц вызывали помещения, лекарства, питание, отношение медицинского персонала и квалификация врачей, санитарно-гигиеническое состояние палат и мест общего пользования. Главными причинами низкой оценки работы поликлиник были очереди на прием, отсутствие врачей нужной

¹⁰ Архив Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. Отчет о научно-исследовательской работе «Медико-социальные основы развития и совершенствования охраны материнства и детства». М.; 1986. С. 152.

специализации, качество обслуживания и невниман-
ие к пациентам [8].

Профилактические мероприятия

По меткому выражению Е. И. Чазова, профилактика, объявленная одним из основополагающих принципов советского здравоохранения и сыгравшая огромную роль в борьбе с эпидемиями в ранне-советское время, в 1960—1980-е годы «обросла пустыми декларациями, общими лозунгами и благими пожеланиями и на деле перестала быть основным методом активной борьбы за сохранение здоровья народа» [12, с. 24]. На фоне декларативных заявлений о необходимости всеобщей диспансеризации и «дальнейшего совершенствования первичной медицинской помощи» под постоянным наблюдением состояло только 30% населения¹¹. Разовые профилактические осмотры затрагивали чуть больше 40%¹². Более 1/4 населения СССР годами не посещали врачей. В 1987 г. 28,2% больных злокачественными образованиями было выявлено в III и 21,4% — в IV стадии развития, когда медицина уже фактически бессильна [12].

Санитарное просвещение не приносило ощутимого результата. Как свидетельствуют исследования, миллионы прочитанных тогда санитарно-гигиенических лекций находились в противоречии с уровнем медицинских, гигиенических и санитарных знаний населения, которые отсутствовали даже по самым элементарным вопросам. Сексуального воспитания не было вообще. Главным средством контрацепции, а также методом планирования семьи был аборт. В 1960—1980-е годы СССР стал мировым лидером по числу абортотворения: от 6,8 и 7,3 млн (от 97,2 до 107,4 операций на 1 тыс. женщин в возрасте 15—49 лет) [7]. Это почти на 1 млн превышало количество родов. Наиболее высокие показатели фиксировались в РСФСР — от 122,8 до 126,3 операции [7].

Профилактикой заболеваемости подростков в школах занимались врачи-пенсионеры или совместители. Их незаинтересованность в работе из-за низкой зарплаты и квалификации, бездейственность отражались на том, что за первые 8 лет учебы в школе количество относительно здоровых детей сокращалось в 4 раза. Количество детей с близорукостью вырастало от 3 до 30%, с нервно-психическими расстройствами — от 15 до 40%, с заболеваниями органов пищеварения — вдвое. По данным председателя Государственного комитета СССР по народному образованию Г. А. Ягодина, 30—40% выпускников школ имели отклонения в работе сердечно-сосудистой системы [12].

Оплата труда

Среднемесячная заработная плата в сфере здравоохранения в 1970—1980-е годы была на 40—45% ниже, чем в среднем по народному хозяйству. Она

Таблица 5

Динамика среднемесячной заработной платы в СССР в 1975—1988 гг. (в руб.) [7]

Показатель	1975 г.	1980 г.	1985 г.	1988 г.
Все народное хозяйство	145,8	168,9	190,1	219,8
Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение	102,3	126,8	132,8	152,5

была более чем в 2 раза ниже оплаты труда промышленно-производственных работников⁴. Если рабочий выполнял больше нормы в установленное рабочее время, то его зарплата росла, а зарплата врача при любой нагрузке оставалась фиксированной.

Низкая оплата вызывала профессиональную неудовлетворенность врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Она же стимулировала коррупционность здравоохранения. Получение платы за частный визит врача на дом, за сокращение сроков госпитализации, за проведение обследований и оперативных вмешательств, за ночные дежурства нянь у постелей больных в 1970—1980-е годы стало обыденностью. «Низкая общественная оценка труда врачей... в „период застоя“ обернулась... частной платой за услуги,— справедливо отмечала в 1986 г. социолог и экономист академик Т. И. Заславская.— Возникла организованная система поборов, взимаемых по определенной таксе и за госпитализацию больных, и за проведение обследований, операций и пр.» [14, с. 28]. Еще более жестко о политике своих предшественников высказался новый состав ЦК КПСС и Совета министров в 1987 г. В медицине, как провозглашало специально выпущенное Постановление, «получили распространение такие явления, как черствость, бездушие, грубость, безответственное отношение к выполнению профессионального долга, взяточничество, бюрократизм. Нравственные и этические деформации распространились на прием в высшие медицинские учебные заведения, оценку результатов обучения и работы, продвижение по службе. Существовавшая система оплаты труда не стимулировала стремления к улучшению качества работы, овладению знаниями и навыками, повышению квалификации».

По данным Прокуратуры СССР, в 1988 г. здравоохранение по общему числу совершенных преступлений занимало 8-е место среди прочих отраслей народного хозяйства, а по числу совершенных должностных преступлений — 5-е [12].

Эти проблемы касались всей системы здравоохранения СССР. Они не обошли стороной даже крупные столичные и республиканские больницы, клиники медицинских вузов и научно-исследовательских институтов. Однако их сложности не шли ни в какое сравнение с положением дел в сельском здравоохранении.

Сельское здравоохранение

Обеспеченность врачами, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощью сельского населения была примерно в 2 раза ниже городско-

¹¹ В 1984 г. — 58 млн человек, в 1988 г. — 65,5 млн человек [7].

¹² В 1975 г. — 107 млн человек, в 1980 г. — 113 млн человек, в 1985 — 123 млн человек, в 1988 г. — 125 млн человек [7].

го. Проведенное в 1970 г. комплексное исследование состояния здоровья населения выявило негатив в работе сельского здравоохранения во всех союзных республиках: наличие грубых ошибок в диагностике болезней органов пищеварения, новообразований, болезней женских половых органов, болезней кожи и подкожной клетчатки, врожденных аномалий развития, а также хронических заболеваний в ранних детских возрастах [15]. Последнее стало причиной того, что регистрируемые уровни смертности детей этих возрастов в селах были в 2—2,5 раза выше, чем в городах.

Медицинские осмотры показывали, что примерно $\frac{1}{4}$ часть хронических заболеваний у мужчин и $\frac{1}{2}$ у женщин являются нераспознанными в сельских лечебно-профилактических учреждениях. Эта доля невыявленной патологии изменила статистику общей по возрастной заболеваемости, рассчитываемой на основе обращаемости к врачам. Максимум заболеваемости, приходившийся на возрастную группу 40—49 лет, при добавлении выявленных данных сместился в возрастную группу 70 лет и старше, а качество медицинского обслуживания лиц этой возрастной группы было признано неудовлетворительным.

Скудной была помощь со стороны сельской травматологической службы. При одинаковых показателях несчастных случаев и травм в городах и селах уровень смертности сельского населения (особенно в стандартизованных показателях) был существенно выше¹³. Многочисленные примеры такого непрофессионализма и нарушения медицинской этики приведены в книге В. Фефелова «В СССР инвалидов нет!» [16].

Охрана матери и ребенка

В 1988 г. в стране не хватало 30 тыс. коек для проведения родов и 130 тыс. коек для лечения больных детей. И это при том, что 25 тыс. имеющихся коек предстояло ликвидировать, поскольку они размещались в разрушавшихся зданиях [12]. 67% детских санаториев были выстроены до 1940 г. и ко времени проведения обследования соответствовали своему предназначению лишь с очень значительными оговорками.

Сейчас в сети Интернет выложены мемуары советских женщин, в которых описаны тяжелые условия пребывания рожениц в роддомах в 1970—1980-х годах. Для некоторых из них полученный опыт оказался травмой, которая заставила отказаться от идеи рождения второго ребенка [17]. «Родильные дома, детские поликлиники и стационары, женские консультации из-за неудовлетворительного оснащения, слабой подготовки кадров не обеспечивают современного уровня профилактики, диагностики и лечения, — признал ЦК КПСС и Совет министров в 1987 г. — В учреждениях родовспоможения,

отделениях и палатах для выхаживания недоношенных детей и лечения новорожденных грубо нарушаются санитарно-гигиенические требования». По оценке академика В. И. Кулакова, большинство осложнений и летальных исходов по так называемым акушерским причинам произошли по вине врачей. Это подтвердил и экспертный анализ, осуществленный в 1990 г. Его приговор гласил: в 51,7% случаев смерть матери можно было предотвратить [18].

Политика партии

Было ли известно описанное положение дел правительству и высшему партийному руководству страны? Сегодня можно уверенно утверждать, что да. Министерство здравоохранения и правительство владели полной информацией. Все статистические свидетельства в данной статье взяты из официальных справочников, которые составлялись и публиковались Министерством здравоохранения. Ссылаясь на эти сводки, министры Б. В. Петровский и С. П. Буренков подавали в ЦК КПСС докладные записки и просили принять экстренные меры [13]. Министр Е. И. Чазов не только писал, но и публично выступал с рассказом о бедах здравоохранения. На XIX партийной конференции и на I Съезде народных депутатов его слушателями были генеральный секретарь КПСС и все партийные лидеры. В ЦК КПСС поступали тысячи писем от врачей с описанием катастрофы [12].

Обращаясь к политикам, медики обосновывали необходимость реформы не только гуманитарными соображениями, но и экономической рациональностью. Они сообщали о колоссальных экономических потерях государства из-за роста заболеваемости и преждевременной смертности. Только в 1985 г. потери рабочего времени из-за временной нетрудоспособности в 10 раз превысили непроизводительные потери из-за простоев, прогулов, невыхода на работу с разрешения администрации. А пособие по временной нетрудоспособности было выплачено на сумму 7,3 млрд руб., что составило 1,3% ВВП [19].

Никакие аргументы не побудили высшее политическое руководство страны обеспокоиться и перейти к политике действий. Оно умиротворяюще предлагало медикам подождать и потерпеть. И, как впоследствии вспоминали медицинские администраторы, лидеры «топили суть проблемы в общих рассуждениях, призывах, не подкрепленных конструктивными решениями», разворачивая «сиюминутные пропагандистские кампании» [12, с. 194]. Единственной ответной реакцией были постановления о мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья. ЦК КПСС и Совет министров выпускали их в 1968, 1977 и 1982 гг. Эти бюрократические тексты, по оценке Е. И. Чазова, «носили настолько общий, декларативный характер, настолько были лишены конструктивизма, новизны мышления, финансовой поддержки, что не могли сколько-нибудь заметно повлиять на существующую в здравоохранении ситуацию» [12, с. 19].

¹³ Результаты комплексного изучения состояния здоровья населения в связи со Всесоюзной переписью населения 1970 года. А. А. Роменский (ред.). Т. I. М.: Министерство здравоохранения СССР, 1978. С. 152.

Финансовых инвестиций в истощенную систему советского здравоохранения не было. Рост (в абсолютных величинах) ассигнований едва покрывал расходы, связанные с ростом населения. А доля расходов государственного бюджета, выделенного на здравоохранение, с каждым годом снижалась: в 1960 г. — 6,6%, в 1970 г. — 6,1%, в 1980 г. — 5%, а в 1985 г. — 4,6%. В процентном отношении к ВВП это составляло около 3%, что обеспечивало СССР место в седьмом десятке стран по этому показателю [12]. Подобная ситуация была с охраной окружающей среды, доля расходов на которую в бюджете также не росла и составляла около 1,3%.

Министерство здравоохранения возлагало надежды на принятые в 1987 г. «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года». Эту программу отличает не только жесткая критика существовавшего положения дел, но и перечень конкретных мер ее реализации. Руководство страны обещало выделить на здравоохранение дополнительно 190 млрд руб. Но в условиях перестройки всей политической системы и финансового дефолта эти решения были забыты.

И последний вопрос: может быть, у советского государства не было финансовых ресурсов для «заботы о здоровье» граждан? Были. На протяжении 1960—1980-х годов темпы роста советской экономики действительно снижались, но ресурсов хватало на космос и вооружение. Внешнеэкономическая конъюнктура обеспечила рост цен на энергоресурсы, приток газо- и нефтедолларов. В этих условиях финансирование здравоохранения было вопросом политической воли. По всей видимости, у партийного руководства не возникало желания потратить деньги на больницы и врачей, потому что ухудшение здоровья и ранняя смертность населения не создавали политической проблемы. Они компенсировались естественным приростом населения за счет высокой рождаемости. Единственное, что волновало бюрократов,— это очевидная доступность медицинской помощи. В разработанных в СССР теории и истории медицины утверждалось, что бесплатность и доступность — главные достижения и принципы советской медицины. Эти принципы и финансировали.

Благодаря высоким показателям доступа к медицинской помощи правительство считало свои конституционные обязанности выполненными. А очевидная деградация системы здравоохранения, снижение качества медицинской помощи и ухудшение состояния здоровья населения объяснялись нерадивостью отдельных исполнителей (руководителей больниц или плохих врачей). С 1980-х годов в низких показателях здоровья стали обвиняться еще и пациенты, которые якобы не уследили за своим здоровьем, поздно обратились за помощью, занимались самовредительством. Именно в эти годы в медицинской среде родилась печальная шутка: «Если боль-

ной поправился, то в этом заслуга врача, а если умер, так он и был больной».

Из сказанного не следует, что в СССР не было хорошо оснащенных амбулаторий, больниц и клиник, в которых работали бы высококвалифицированные врачи, способные оказывать медицинскую помощь на современном уровне. Они, безусловно, были, но, судя по имеющимся и приведенным выше данным, представляли собой исключение и могли эффективно бороться за здоровье пациентов скорее вопреки системе здравоохранения, чем благодаря ей. А чаще всего их сил и талантов хватало лишь на обслуживание ограниченного числа людей, относившихся главным образом к партийной или культурной элите столичных городов.

Статья подготовлена в результате проведения исследования в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ) с использованием средств субсидии в рамках государственной поддержки ведущих университетов Российской Федерации «5—100» и Государственного задания ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко» по теме 0528-2019-0005 № государственной регистрации АААА-А19-119012290152-7.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- 60 лет советского здравоохранения. М.: Медицина; 1977.
- Медицина. В кн.: Большая медицинская энциклопедия. Изд. 3-е. Т. 14. М.: Советская энциклопедия; 1980. С. 265—316.
- Буренков С. П. Задачи органов и учреждений здравоохранения по улучшению медицинской помощи населению в свете решений XXVI Съезда КПСС. *Советское здравоохранение*. 1982;(3):3—15.
- Буренков С. П. Здравоохранение Союза ССР. *Советское здравоохранение*. 1982;(12):5—11.
- Здравоохранение в СССР. Статистический сборник. М.: ЦСУ; 1966.
- Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. М.: ЦСУ; 1976.
- Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М.: Финансы и статистика; 1990.
- Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. М.: Финансы и статистика; 1990.
- Щепин О. П., Кравченко Н. А. Состояние здоровья населения и перспективы развития здравоохранения Москвы. *Советское здравоохранение*. 1989;(8):3—10.
- Баранов А. А. Охрана материнства и детства на современном этапе: проблемы и пути их решения. *Советское здравоохранение*. 1989;(3):3—9.
- Пичугин В. Н. Совместное заседание Коллегий Министерства приборостроения и Минздрава СССР. *Советское здравоохранение*. 1988;(2):77—9.
- I Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. М.: Медицинская энциклопедия; 1989.
- Венедиктов Д. Д. Здравоохранение России: кризис и пути преодоления. М.; 1999.
- Заславская Т. И. О стратегии социального управления перестройкой. М.; 1986.
- Роменский А. А., ред. Результаты комплексного изучения состояния здоровья населения в связи со Всесоюзной переписью населения 1970 года. Т. I. М.: Министерство здравоохранения СССР; 1978.
- Фефелов В. В СССР инвалидов нет! Лондон: Overseas Publications Interchange Ltd.; 1986.
- Советские роддома. Режим доступа: <https://germanyuch.livejournal.com/139656.html>
- Кулаков В. И., ред. Акушерско-гинекологическая помощь. М.: МЕДпресс; 2000.
- Царегородцев Г. И. Социальные условия и здоровье населения. *Советское здравоохранение*. 1987;(11):3—7.

REFERENCES

1. 60 years of Soviet healthcare [60 let sovetского zdravooohranenija]. Moscow: Medicina; 1977 (in Russian).
2. Medicine. In: Great Medical Encyclopedia. 3th ed. [Bol'shaja medicinskaja jenciklopedija. 3-e izdanie]. Moscow: Sovetskaja jenciklopedija; 1980. Vol. 14. P. 265—316 (in Russian).
3. Burenkov S. P. Tasks of health authorities and institutions on improving medical care for the population in the light of the decisions of the XXVI Congress of the CPSU. *Sovetskoe zdravooohranenie*. 1982;(3):3—15 (in Russian).
4. Burenkov S. P. USSR Healthcare. *Sovetskoe zdravooohranenie*. 1982;(12):5—11 (in Russian).
5. Health care in the USSR. Statistical collection [Zdravooohranenie v SSSR. Statisticheskij sbornik]. Moscow: CSU; 1966 (in Russian).
6. Health care and social security in the USSR. Statistical collection [Zdravooohranenie i social'noe obespechenie v SSSR. Statisticheskij sbornik]. Moscow: CSU; 1976 (in Russian).
7. Social development of the USSR. Statistical collection [Social'noe razvitie SSSR. Statisticheskij sbornik]. Moscow: Finansy i statistika; 1990 (in Russian).
8. Health care in the USSR. Statistical collection [Ohrana zdorov'ja v SSSR. Statisticheskij sbornik]. Moscow: Finansy i statistika; 1990 (in Russian).
9. Shhepin O. P., Kravchenko N. A. Health condition of the population and prospects of Moscow health care development. *Sovetskoe zdravooohranenie*. 1989;(8):3—10 (in Russian).
10. Baranov A. A. Protection of motherhood and childhood at the present stage: problems and the ways of their solution. *Sovetskoe zdravooohranenie*. 1989;(3):3—9 (in Russian).
11. Pichugin V. N. Joint session of the Collegiums of the Ministry of instrument making and the Ministry of Health of the USSR. *Sovetskoe zdravooohranenie*. 1988;(2):77—9 (in Russian).
12. I All-Union Congress of doctors, Moscow, October 17—19, 1988 [I Vsesojuznyj sezd vrachej, Moskva, 17—19 oktjabrja 1988]. Moscow: Medicinskaja jenciklopedija; 1989 (in Russian).
13. Venediktov D. D. Health Care of Russia: crisis and ways to overcome it [Zdravooohranenie Rossii: krizis i puti preodolenija]. Moscow; 1999 (in Russian).
14. Zaslavskaja T. I. About strategy of social management of perestroika [O strategii social'nogo upravljenija perestrojkoj]. Moscow; 1986 (in Russian).
15. Romnensky A. A., ed. The results of the complex study of the health condition of the population in connection with the All-Union Population Census in 1970 [Rezultaty kompleksnogo izuchenija sostojanija zdorov'ja naselenija v svjazi so Vsesojuznoj perepis'ju naselenija 1970 goda]. Vol. I. Moscow: Ministerstvo zdravooohranenija SSSR; 1978 (in Russian).
16. Fefelov V. There are no disabled in the USSR! [V SSSR invalidov net!]. London: Overseas Publications Interchange Ltd.; 1986 (in Russian).
17. Soviet maternity hospitals [Sovetskie roddoma]. Available at: <https://germany.livejournal.com/139656.html> (in Russian).
18. Kulakov V. I., ed. Obstetrical and gynecological aid [Akushersko-ginekologicheskaja pomoshh]. Moscow: MEDpress; 2000 (in Russian).
19. Caregorodcev G. I. Social conditions and population health. *Sovetskoe zdravooohranenie*. 1987;(11):3—7 (in Russian).

Самойлов А. С., Шадрин К. А., Каримова Д. Ю.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ О СОМАТОТИПАХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр имени А. И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства России, 123182, г. Москва

Использованы различные методы поиска литературы по базам данных Scopus, Web of Science, MedLine, The Cochrane Library, EMBASE, Global Health, CyberLeninka, РИНЦ, eLIBRARY.RU. В настоящее время существует не менее 100 определений конституции индивида. Впервые о конституциональных различиях было упомянуто в Аюрведах. Следующее упоминание о конституциональных типах встречается в учении Гипократа. Древнегреческий философ Аристотель дополнил учение Гипократа. В XVIII в. о соматической предрасположенности психики впервые заговорил Ж.-О. де Ламеттри. Однако системное изучение конституциональных характеристик начинается только в XIX в. В XX столетии конституциональные признаки человека стали связываться с клинической наукой — психиатрией. В середине 1930-х годов значимость приобретает классификация типов, апробированная И. П. Павловым. После теории Павлова появляются многочисленные труды, в которых предпринимается попытка определить основные соматотипические реакции индивидов (В. Б. Штефко, А. Д. Островский, В. Н. Шевкуненко). В 1929 г. выдающимся ленинградским ученым В. Н. Шевкуненко была разработана классификация, положенная в основу теории У. Х. Шелдона (1940, 1942). Приблизительно в этот же временной отрезок (1941) российский исследователь В. В. Бунак разрабатывает критериально-оценочные показатели классификации, предназначенной для мужчин. Большую известность в конце XX столетия приобретают классификации Б. Хита и Л. Картера, В. П. Чтецова, Р. Н. Дорохова, В. Г. Петрухина, А. В. Кондрашева. В XXI в. разрабатываются методик, ориентированные на биологически дифференциальные показатели, выстраивающиеся с учетом медицинско-индивидуальных показателей массы и длины тела. Несмотря на огромное количество методик, в настоящее время универсальные критерии для соматотипирования не разработаны.

К л ю ч е в ы е с л о в а : соматотип; история; классификации; методы; теория.

Для цитирования: Самойлов А. С., Шадрин К. А., Каримова Д. Ю. История развития учения о соматотипах (обзор литературы). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):161—164. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-161-164>

Для корреспонденции: Каримова Дания Юсуфовна, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр имени А. И. Бурназяна», e-mail: danika_karimova@mail.ru

Samoilov A. S., Shadrin K. A., Karimova D. Yu.

THE HISTORY OF DEVELOPMENT OF DOCTRINE OF SOMATOTYPES: THE PUBLICATIONS REVIEW

The Medical Biological University of Innovations and Continuous Education of The Federal State Budget Institution “The State Research Center of Russian Federation — the A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center” of the Federal Medical Biological Agency of Russia, 123098, Moscow, Russia

The study required to apply various modes of corresponding publications search through such international databases as RussiaScopus, Web of Science, Medline, The Cochrane Library, EMBASE, Global Health, CyberLeninka, RISC, eLIBRARY.RU. Actually, there are not less than one hundred definitions of constitution of individual. For the first time, constitutional differences were mentioned in Ayurveda. The following mentioning about constitutional types is found in the teachings of Hippocrates. The Ancient Greek philosopher Aristotle supplemented the teachings of Hippocrates. In the 18th century the somatic predispositions of the psyche were mentioned for the first time by J.-A. de La Mettrie. However, the systemic study of constitutional characteristics begins only in the 19th century. In the 20th century, the constitutional characters of human began to be associated with such clinical science as psychiatry. In the mid-30s of the 20th century acquires significance the classification of types approved by I. P. Pavlov. After Pavlov's theory, numerous works begin to appear where attempts are made to determine the main somatotypic reactions of individuals (V. B. Shtefko, A. D. Ostrovsky, V. N. Shevkunenko). In 1929, V. N. Shevkunenko, the outstanding Leningrad scientist, developed the classification that was lead as foundation of the theory of W. H. Sheldon (1940, 1942). Approximately in the same time period (1941) the Russian researcher V. V. Bunak develops criterion estimated indices of classification for males. In the end of 20th century classifications by B. Heath and L. Carter, V. P. Chetsov, R. N. Dorokhov, V. G. Petrukhin, A. V. Kondrashov acquire great reputation. In the 21st century, the methods directed to biologically differential indices lined up with consideration of medical individual indices of body mass and body length are developed. Nowadays, despite of enormous number of methods, the universal criteria for somatotyping are to be developed.

К e y o r d s : somatotype; history; classifications; methods; theory.

For citation: Samoilov A. S., Shadrin K. A., Karimova D. Yu. The history of development of doctrine of somatotypes: the publications review. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):161—164 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-161-164>

For correspondence: Karimova D. Yu., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Public Health and Health Care of the Federal State Budget Institution “The State Research Center of Russian Federation — the A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center”. e-mail: danika_karimova@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

В XXI в. по мере накопления научных познаний возрастает роль теоретических знаний о конституциональном строении [1]. По анатомическому строению население всего земного шара можно разделить на различные соматотипические классификации, и существует не менее 100 определений конституции индивида. Анализ конституциональных данных объединил усилия не только «традиционных» антропологов, но и ярчайших деятелей медицинских, психологических, педагогических, физических наук [2].

Важнейшим параметром конституционального строения являются генетически обусловленные элементы — соматотипы. Соматотип (от греч. *soma, somatos* — тело) — тип телосложения человека. Соматотип выполняет роль макродетали в общей подсистеме конституции, что становится важным при антропометрических измерениях. Телосложение человека изменяется, а соматотип становится генетически постоянным параметром от рождения до смерти, что предопределяет возможность внедрения соматотипических данных при проведении не только профилактических, но и сложнейших хирургических операций [3].

Науке известно огромное количество схем, связанных с конституциональными характеристиками, в основу которых положена соматотипическая доминанта. Впервые о конституциональных различиях было упомянуто в Аюрведах в разделе «История учения о реактивности». Следующее упоминание о конституциональных типах встречается в учении Гиппократов. Гиппократ связывал поведенческие реакции человека с четырьмя жидкостями, циркулирующими в организме: кровью, желтой желчью, черной желчью и слизью. Гиппократ выдвигал гипотезу о том, что высокие концентраты лимфы помогают человеку обрести гармонию и спокойствие, концентрация желтой желчи делает человека несдержанным, кровь указывает на веселый нрав, черная желчь заставляет человека грустить и печалиться. Таким образом, преобладание той или иной жидкости позволяет говорить о четырех типах темперамента: сангвиниках, холериках, флегматиках, меланхоликах [4].

Выдающийся философ древности Аристотель существенно расширил представления Гиппократов о значении крови. Так, Аристотель высказал мысль, что состояние организма человека зависит не столько от преобладания соков, сколько от того, что кровь принципиально состоит из твердых (земляных) и жидких частиц. Соотношение этих частиц определяет состояние здоровья человека, а также его переживания. Например, если в крови преобладают твердые частицы, то она быстрее сворачивается. Если в крови больше водных частиц, то она становится холодной, процессы в организме протекают медленнее. Волнообразное преобладание приводит человека к страху, твердые частицы способствуют гневу, поскольку повышают теплоту [5].

Огромные теоретические обобщения, накопленные Гиппократом и Аристотелем, позволили Галену дополнить знания о типах темперамента. Гален, объ-

ясняя столь разнообразные различия в характерах, опирался преимущественно на теорию о четырех жидкостях. Если наблюдается большая концентрация крови — «сангвис», то это ассоциировано с веселым и легким типом темперамента, если в крови содержится повышенное количество желтой жидкости (желчи) — «холе», то это обуславливает ярость, гнев. В крови могут преобладать другие типы жидкости, например черная желчь — «меланус холе». Если этот тип жидкости преобладает, то развивается угнетенный тип темперамента — меланхолик. Также как отдельная жидкость выделяется слизь — флегма. Если она преобладает в крови, тогда развивается флегматичный темперамент, характеризующийся заторможенными реакциями и пониженным обменом веществ. Существенным здесь следует считать не только и не столько учение о различных темпераментах, сколько идею о связи концентрации преобладающих жидкостей с состоянием здоровья и развитием болезней [6].

В XVIII в. о соматической предрасположенности психики впервые заговорил Ж.-О. де Ламеттри, по образованию врач, философ. Однако системное изучение конституциональных характеристик начинается только в XIX в., когда развиваются макроанатомические и антропологические учения, на основе которых Э. Ростан (1826) предложил считать целесообразным деление всех индивидов по мозговому, мышечному и пищеварительному параметрам [7].

Основываясь на генетических, физиологических, биохимических принципах, на психических свойствах личности, учитывая реактивность тела, соотношение пропорций, известный биолог Ф. В. Бенеке (1878) сформулировал постулат о предрасположенности индивидов к определенным заболеваниям и способности организма сопротивляться бактериологическим процессам. Он охарактеризовал гипопластические, нормопластические и гиперпластические типы конституционального строения [8].

В XX столетии конституциональные учения начинают связывать с научными разработками в области генетики. Для получения высоких показателей в медицинскую и спортивную сферы широко внедряют конституциональные параметры, позволяющие прогнозировать и предвидеть развитие возможных вариантов. С. Сиго (1900), дополняя классические представления об антропометрических данных, предложил делить людей по типу работы дыхательной, пищеварительной, мышечной и церебральной систем [9]. М. Пфаундлер (1911) популяризировал конституциональный подход и теоретически разработал учение об индивидуальной предрасположенности организма к возникновению болезней [10]. Г. Виола (1909), учитывая внутреннее состояние органов, предложил выделять нормоспланхников, микроспланхников и мегалоспланхников [11]. В первом десятилетии XX в. главную роль сыграла концепция Ю. Тандлера (1913), который разработал классификационную схему, главным индикатором ее стал физиологический параметр. Ученый полагал, что тонусные показатели организма наследственно обу-

словлены, что развитие болезней, заложенных генетически, неизбежно [12].

Во втором десятилетии XX в. конституциональные признаки человека стали связывать с клинической наукой — психиатрией. Огромное влияние на теоретические разработки в данном направлении оказали труды психиатров Е. Кречмера (1921) и его преемника К. Вестфала [13, 14]. Работы ученых позволили выявить фундаментальные механизмы развития тяжелых психических заболеваний, в частности шизофрении, маниакально-депрессивных расстройств. Е. Кречмеру и К. Вестфалу удалось доказать связь между конституциональными особенностями, соматотипами и всевозможными вариантами психических отклонений.

Следующим шагом в развитии представлений о соматотипах стало появление труда П. Б. Ганнушкина (1926), создателя теории о психопатиях.

В 1920—1970-е годы учение о соматотипах начинают связывать с метаболическими особенностями. М. В. Черноуцкий (1925) внедряет метод антропометрических данных. Черноуцкий делил людей на астеников, гиперстеников, нормостеников. Разработки ученого применяются в медицине XXI в. [15].

В середине 1930-х годов значимость приобретает классификация типов, апробированная И. П. Павловым (1925), который выделял четыре типа по силе возбуждения и торможения:

- слабый (в основе заложен тормозной тип) — меланхолический тип;
- сильный (в основе — уравновешенность, спокойствие) — флегматик;
- сильный и неуравновешенный — холерик;
- живой, сильный, уравновешенный — сангвник.

Заслуга выдающего биолога состоит в том, что он доказал отсутствие прямолинейных связей между воспитательным процессом и соматотипическими особенностями [16].

После теории Павлова начинают появляться многочисленные труды, в которых предпринимаются попытки определить основные соматотипические реакции индивидов.

В 1929 г. В. Б. Штефко и А. Д. Осторовский разрабатывают уникальную методику для определения соматотипических групп детей [17]. Ученые создают возможные варианты для стандартных типов и варианты, помогающие выстраивать отдельные парадигмы для определения групп, у которых наблюдались патологические задержки в развитии.

В 1929 г. В. Н. Шевкуненко была разработана классификация, положенная в основу теории У. Х. Шелдона (1940, 1942) [18]. У. Х. Шелдон выделил среди индивидов долихоморфов, брахиморфов, мезоморфов [19]. В основу разработок профессора Шелдона положены три компонента — мезоморфный, эндоморфный и эктоморфный, оценивающиеся специалистами по балльной шкале. Совокупность оценок по данным компонентам называется соматотипом. Методика исследований Шелдона выгодно

отличалась от всех известных объективизацией, критериально четко подобранными показателями. Приблизительно в этот же временной отрезок (1941) российский исследователь В. В. Бунак по степени жиротложения и степени развитости мускулатуры разрабатывает критериально-оценочные показатели для классификации, предназначенной для мужчин [20]. Так, В. В. Бунак определяет грудной тип (слабо развита мускулатура, имеются жиротложения), мускульный тип (наблюдаются средние жировые отложения, развита мускулатура), брюшной тип (повышенное развитие жирового слоя, живот выпуклый).

В 1960-х годах появляются теории М. Фридмана (1964, 1968), И. Б. Галанта (1960). В 1968 г. физиологи Б. Хит и Л. Картер дополнили систему Шелдона, представив формулы не для чисел, а для визуального определения соматотипических характеристик [21]. На основе методики Шелдона также была разработана схема Парнелла [22].

В 1978 г. для определения соматотипов была предложена схема В. П. Чтецова [23]. Предлагалось диагностировать мужчин в возрасте от 17 до 55 лет. Такая таблица включала более 23 критериев. В. П. Чтецов, используя терминологический аппарат В. В. Бунака, предложил выделять не только «чистые», но и промежуточные варианты при соматипировании мужчин.

Еще одна классификация была апробирована Р. Н. Дороховым, В. Г. Петрухиным [24]. В разработанной методике представлены габаритный, компонентный, пропорционный уровни соматотипических параметров, что позволяет точно соотносить индивидов с теми или иными группами.

В конце 2000 г. была предложена схема соматипирования А. В. Кондрашева [25].

С 2000-х годов по настоящее время (2019) применяются схемы, взаимосвязывающие конституциональные особенности с биологически дифференциальными показателями, свидетельствующими о принадлежности к определенному соматотипу. Необходимо отметить, что сравнение групп индивидов приводит к постоянной необходимости создания новых классификационных схем соматотипирования [26—34].

Однако при наличии большого количества методик в настоящее время не разработаны универсальные критерии соматотипирования.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Elroy Mc. Medical Anthropology in Ecological Perspective. Boulder: Westview Press; 2004.
2. Актуальные проблемы морфологии. Сб. науч. трудов, посвященный 30-летию организации ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН. Красноярск; 2006. 200 с.
3. Корнетов Н. А. Концепция клинической антропологии в медицине. *Бюллетень сибирской медицины*. 2008;(1):7—30.
4. Langholf Volker. Medical theories in Hippocrates: early texts and the «Epidemics». Berlin: de Gruyter; 1990.
5. Aristoteles Die Metaphysik des Aristoteles. Verlag von L. Heimann; 1871.

6. Keyser P. T., Irby-Massie G. L. Galen of Pergamon. The Encyclopedia of Ancient Natural Scientists. The Greek tradition and its many heirs. London — New York: Routledge; 2008.
7. Rostan L. Cours elementaire d'hygiene. Paris: Bechet jeune; 1824.
8. Beneke F. W. Die anatomischen Grundlagen der Konstitutionsanomalien des Menschen. Elwert; 1978.
9. Sigaud C. La forme humaine. Paris: Maloine; 1914.
10. Pfaundler W. Was nennen wir Konstitution. Klinische Wochenschrift; 1922. 17 p.
11. Viola G. Studi di Morfologia Clinica. 1905.
12. Tandler J. Konstitution und Rassengigene. *Zeitschrift fur angewandte Anthropologie und Kunst*. 1913;(1).
13. Kretschmer E. Physique and character. New York: Harcourt; 1925.
14. Westphal K. *Nerveharzt*. 1937;4:96.
15. Черноурцкий М. В. Учение о конституции. Частная патология и терапия внутренних болезней. М.—Л.: Госиздат; 1928.
16. Pavlov I. P. Human physiology: Manual of the taking abstracts of lectures. St. Petersburg: I. P. Pavlov State Med. Univ.; 2002.
17. Stefko W. H. Zur Anthropologie der Wirbelsaule bei Sudrussen, der Einfluss der Unterernahrung auf die Form und Struktur der Wirbel. Munchen—Berlin: Bergmann und Springer; 1926.
18. Шевкуненко В. Н., Теселевич А. М. Типовая анатомия человека. Л.; 1935.
19. Sheldon W. H. The varieties of human physique. New York: Harper Brothers; 1940.
20. Бунак В. В. Антропометрия. М.: Учпедгиз; 1941.
21. Heath B. H., Carter R. A comparison of somatotype methods. *Amer. J. Phys. Anthropol.* 1966;1:18—22.
22. Parnell R. W. Physique and choice of facility. *Brit. Med. J.* 1953;4:72—5.
23. Чтецов В. П. Состав тела и конституции человека. Морфология человека. М.: МГУ; 1990.
24. Дорохов Р. Н., Петрухин В. Г. Методика соматотипирования детей и подростков. *Медико-педагогические аспекты подготовки юных спортсменов*. 1989;(4):14.
25. Кондрашев А. В. Компонентный состав тела как морфологическое отражение адаптационных возможностей организма человека. *Морфология*. 2008;(2):66.
26. Sterkowicz-Przybycien K., Gualdi-Russo E. Evaluation of somatotype in artistic gymnastics competitors: a meta-analytical approach. *J. Sports Med. Phys. Fitness*. 2019;59(3):449—55.
27. Marencakova J., Maly T., Sugimoto D., Gryc T., Zahalka F. Foot typology, body weight distribution, and postural stability of adolescent elite soccer players: A 3-year longitudinal study. *Plos One*. 2018;13(9). Режим доступа: <https://journals.plos.org>
28. Toselli S., Campa F. Anthropometry and Functional Movement Patterns in Elite Male Volleyball Players of Different Competitive Levels. *J. Strength Cond. Res.* 2018;32(9):2601—11.
29. Gryko K., Kopiczko A., Mikołajec K., Stasny P., Musalek M. Anthropometric Variables and Somatotype of Young and Professional Male Basketball Players. *Sports (Basel)*. 2018;6(1). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5969204>
30. Tomaszewski P., Kęska A., Tkaczyk J., Nowicki D., Sienkiewicz-Dianzenza E. Somatic characteristics and motor fitness of elite and sub-elite Polish male badminton players. *J. Sports. Med. Phys. Fitness*. 2018;58(10):1456—64.
31. Sánchez-Muñoz C., Muros J. J., Zabala M. World and Olympic mountain bike champions' anthropometry, body composition and somatotype. *J. Sports. Med. Phys. Fitness*. 2018;58(6):843—51.
32. Clavijo-Redondo A. R., Vaquero-Cristóbal R., López-Miñarro P. A., Esparza-Ros F. Características cineantropométricas de los jugadores de béisbol de élite. *Nutr. Hosp.* 2016;33(3):271.
33. Barbieri D., Zaccagni L., Babić V., Rakovac M., Mišigoj-Duraković M., Gualdi-Russo E. Body composition and size in sprint athletes. *J. Sports. Med. Phys. Fitness*. 2017;57(9):1142—6.
34. Ozimek M., Krawczyk M., Zadarko E., Barabasz Z., Ambroży T. Stana A. Somatic Profile of the Elite Boulderers in Poland. *J. Strength. Cond. Res.* 2017;31(4):963—70.
35. Поступила 02.08.2020
Принята в печать 29.10.2020
1. Elroy Mc. Medical Antropology in Ecological Perspective. Boulder: Westview Press; 2004.
2. Actual problems of morphology. Collection of scientific. works dedicated to the 30th anniversary of the organization of the State Institution Research Institute of Medical Problems of the North of the SB RAMS [Aktual'nyye problemy morfologii. Sbornik nauch. trudov, posvyashchennyi 30-letiyu organizatsii GU NII meditsinskikh problem Severa SO RAMN]. Krasnoyarsk; 2006. P. 200 (in Russian).
3. Kornetov N. A. Conception of clinical anthropology in medicine. *Byulleten' sibirskoy meditsiny*. 2008;(1):7—30 (in Russian).
4. Langhof Volker. Medical theories in Hippocrates: early texts and the «Epidemics». Berlin: de Gruyter; 1990.
5. Aristoteles Die Metaphysik des Aristoteles. Verlag von L. Heimann; 1871.
6. Keyser P. T., Irby-Massie G. L. Galen of Pergamon. The Encyclopedia of Ancient Natural Scientists. The Greek tradition and its many heirs. London — New York: Routledge; 2008.
7. Rostan L. Cours elementaire d'hygiene. Paris: Bechet jeune; 1824.
8. Beneke F. W. Die anatomischen Grundlagen der Konstitutionsanomalien des Menschen. Elwert; 1978.
9. Sigaud C. La forme humaine. Paris: Maloine; 1914.
10. Pfaundler W. Was nennen wir Konstitution. Klinische Wochenschrift; 1922. 17 p.
11. Viola G. Studi di Morfologia Clinica. 1905.
12. Tandler J. Konstitution und Rassengigene. *Zeitschrift fur angewandte Anthropologie und Kunst*. 1913;(1).
13. Kretschmer E. Physique and character. New York: Harcourt; 1925.
14. Westphal K. *Nerveharzt*. 1937;4:96.
15. Chernoruckij M. V. Theory of Constitution. Private Pathology and Internal Medicine Therapy [Chastnaya patologiya i terapiya vnutrennikh bolezney]. Moscow—Leningrad: Gosizdat; 1928 (in Russian).
16. Pavlov I. P. Human physiology: Manual of the taking abstracts of lectures. St. Petersburg: I. P. Pavlov State Med. Univ.; 2002.
17. Stefko W. H. Zur Anthropologie der Wirbelsaule bei Sudrussen, der Einfluss der Unterernahrung auf die Form und Struktur der Wirbel. Munchen—Berlin: Bergmann und Springer; 1926.
18. Shevkunenko V. N., Geselevich A. M. Typical human anatomy [Tipovaya anatomiya cheloveka]. Leningrad; 1935 (in Russian).
19. Sheldon W. H. The varieties of human physique. New York: Harper Brothers; 1940.
20. Bunak V. V. Anthropometry [Antropometriya]. Moscow: Uchpedgiz; 1941 (in Russian).
21. Heath B. H., Carter R. A comparison of somatotype methods. *Amer. J. Phys. Anthropol.* 1966;1:18—22.
22. Parnell R. W. Physique and choice of facility. *Brit. Med. J.* 1953;4:72—5.
23. Chtecov V. P. Composition of the body and constitution of a person. Human morphology [Sostav tela i konstitucii cheloveka. Morfologiya cheloveka]. Moscow: MGU; 1990 (in Russian).
24. Dorohov R. N., Petruhin V. G. Methods somatotipirovaniya children and adolescents. *Mediko-pedagogicheskie aspekty podgotovki junyh sportsmenov*. 1989;(4):14 (in Russian).
25. Kondrashev A. V. Body component structure as a morphological reflection of adaptation capacities of human organism. *Morfologiya*. 2008;(2):66 (in Russian).
26. Sterkowicz-Przybycien K., Gualdi-Russo E. Evaluation of somatotype in artistic gymnastics competitors: a meta-analytical approach. *J. Sports Med. Phys. Fitness*. 2019;59(3):449—55.
27. Marencakova J., Maly T., Sugimoto D., Gryc T., Zahalka F. Foot typology, body weight distribution, and postural stability of adolescent elite soccer players: A 3-year longitudinal study. *Plos One*. 2018;13(9). Available at: <https://journals.plos.org>
28. Toselli S., Campa F. Anthropometry and Functional Movement Patterns in Elite Male Volleyball Players of Different Competitive Levels. *J. Strength Cond. Res.* 2018;32(9):2601—11.
29. Gryko K., Kopiczko A., Mikołajec K., Stasny P., Musalek M. Anthropometric Variables and Somatotype of Young and Professional Male Basketball Players. *Sports (Basel)*. 2018;6(1). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5969204>
30. Tomaszewski P., Kęska A., Tkaczyk J., Nowicki D., Sienkiewicz-Dianzenza E. Somatic characteristics and motor fitness of elite and sub-elite Polish male badminton players. *J. Sports. Med. Phys. Fitness*. 2018;58(10):1456—64.
31. Sánchez-Muñoz C., Muros J. J., Zabala M. World and Olympic mountain bike champions' anthropometry, body composition and somatotype. *J. Sports. Med. Phys. Fitness*. 2018;58(6):843—51.
32. Clavijo-Redondo A. R., Vaquero-Cristóbal R., López-Miñarro P. A., Esparza-Ros F. Características cineantropométricas de los jugadores de béisbol de élite. *Nutr. Hosp.* 2016;33(3):271.
33. Barbieri D., Zaccagni L., Babić V., Rakovac M., Mišigoj-Duraković M., Gualdi-Russo E. Body composition and size in sprint athletes. *J. Sports. Med. Phys. Fitness*. 2017;57(9):1142—6.
34. Ozimek M., Krawczyk M., Zadarko E., Barabasz Z., Ambroży T. Stana A. Somatic Profile of the Elite Boulderers in Poland. *J. Strength. Cond. Res.* 2017;31(4):963—70.

REFERENCES

Васильев К. К.¹, Васильев Ю. К.², Зинчук А. Н.³

НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ИМПЕРАТОРСКОГО УНИВЕРСИТЕТА СВЯТОГО ВЛАДИМИРА И ПРЕПОДАВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОЛИЦИИ

¹Одесский национальный медицинский университет, 65082, г. Одесса, Украина;

²Сумский государственный университет, 40007, г. Сумы, Украина;

³Харьковский национальный медицинский университет, 61022, г. Харьков, Украина

Впервые исследовано обстоятельство начала преподавания медицинской полиции в Императорском университете Святого Владимира в Киеве. Установлено, что медицинская полиция преподавалась как одна из учебных дисциплин на кафедре государственного врачеведения. Выяснено, что данная кафедра начала свою деятельность в 1843 г. Ее организовал и возглавлял профессор Иван Федорович Леонов (1809—1854). На кафедре работали адъюнкт Х. Я. фон Гюббине (в 1847—1850 гг.) и доцент А. И. Слободзинский (в 1851—1856 гг.). Устав и штаты университета Святого Владимира 1852 г. предусматривали выделение из медицинской полиции врачебного законовещения и преподавания последнего предмета как отдельной факультетской дисциплины. Показано, что данная практика в дальнейшем не получила распространения в университетах Российской империи. В 1853 г. кафедру государственного врачеведения в Киеве занял Ф. Ф. Меринг (1822—1887).

Ключевые слова: университет Святого Владимира; медицинская полиция; Иван Федорович Леонов.

Для цитирования: Васильев К. К., Васильев Ю. К., Зинчук А. Н. Начальный период деятельности медицинского факультета Императорского университета Святого Владимира и преподавание медицинской полиции. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):165—172. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-165-172>

Для корреспонденции: Васильев Константин Константинович, д-р мед. наук, профессор кафедры социальной медицины, общественного здоровья и медицинского права Одесского национального медицинского университета, e-mail: vasylyevkk.odessa@gmail.com

Vasiliev K. K.¹, Vasiliev Yu. K.², Zinchuk A. N.³

THE INITIAL PERIOD OF FUNCTIONING OF THE MEDICAL FACULTY OF THE IMPERIAL UNIVERSITY OF THE SAINT VLADIMIR AND TEACHING OF MEDICAL POLICE

¹The Odessa National Medical University, 65082, Odessa, Ukraine;

²The Sumy State University, 40007, Sumy, Ukraine;

³The Kharkov National Medical University, 61022, Kharkov, Ukraine

The article considers the circumstances of the beginning of teaching medical police at St. Vladimir Imperial University in Kiev that was investigated for the first time. It was established that the medical police were taught as one of academic disciplines at the Department of State Medicine Studies. It found out that the given Department began its activities in 1843 when it was organized and headed by professor Ivan Fedorovich Leonov (1809—1854). The adjunct assistant professor Ch. Ya. von Hübbenet and associate professor A. I. Slobodzinsky worked at this Department in 1847—1850 and in 1851—1856 correspondingly. In 1852, the Charter and Staff of the St. Vladimir University provided setting apart medical jurisprudence from medical police subject and teaching it as an independent faculty discipline. It is demonstrated that hereinafter the given practice didn't become widespread in the Universities of the Russian Empire. In 1853, the Department of State Medicine Studies in Kiev was headed by F. F. Mering (1822—1887).

Keywords: the St. Vladimir University; medical police; Ivan Fedorovich Leonov.

For citation: Vasiliev K. K., Vasiliev Yu. K., Zinchuk A. N. The initial period of functioning of the Medical Faculty of the Imperial University of the Saint Vladimir and teaching of medical police. *Problemi socialnoi higieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):165—172 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-165-172>

For correspondence: Vasiliev K. K., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Social Medicine, Public Health and Medical Law of the Odessa National Medical University. e-mail: vasylyevkk.odessa@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 22.07.2020

Accepted 29.10.2020

Университет Святого (Св.) Владимира в Киеве был открыт в 1834 г., но без медицинского факультета. Медицинский факультет этого университета (в советскую эпоху — Киевский медицинский институт, ныне Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца) создан только в 1841 г.

Литература по истории Киевского университета Св. Владимира и его медицинского факультета, ставшего самостоятельным вузом в XX в., появлялась к юбилейным датам. Для нашей работы большой интерес представляют фундаментальные труды М. Ф. Вла-

димирского-Буданова [1] и В. С. Иконникова [2], изданные к 50-летию университета. Опубликованные позднее, в советскую эпоху, юбилейные издания носят больше компилятивный характер, опираясь во многом на вышеназванные и в сокращенном виде излагая изучаемый нами период деятельности медицинского факультета [3—4]. Выделим только биографический словарь киевского вуза, который вышел несколькими изданиями на разных языках (русском и украинском) и под разным авторством [5—7]. Анализ литературы по заявленной теме позволяет сделать вывод, что по истории концепции медицин-

ской полиции имеются публикации в отечественной литературе [8], однако до сих пор не выяснено, кем и как преподавалась медицинская полиция в университете в Киеве.

Цель работы — исследовать начальный период преподавания медицинской полиции в Императорском университете Св. Владимира, что возможно сделать, разобравшись с начальным этапом функционирования медицинского факультета этого университета в целом. Для этого мы будем опираться на нормативные документы, которые регламентировали деятельность университета и его медицинского факультета. Для освещения жизни и трудов первых преподавателей медицинской полиции мы будем привлекать как опубликованные исторические источники, так и архивные. Хронологические рамки исследования: нижняя — 1841 г., т. е. год открытия медицинского факультета, а верхняя — середина 1850-х годов, которая определяется прежде всего возможным объемом статьи.

Итак, 29 апреля / 11 мая 1840 г. было подписано Высочайшее повеление, которое предусматривало присоединение Медико-хирургической академии в Вильне (ныне Вильнюс) к университету в Киеве в качестве медицинского факультета¹⁴, а 4/16 декабря 1840 г. Николай I подписал указ об учреждении только «первого класса медицинских наук» в университете Св. Владимира, так как открытие всех курсов этого факультета должно было происходить постепенно¹⁵. Учебный процесс на медицинском факультете в Киеве начался осенью 1841 г., а всего на медицинском факультете было 29 студентов, и все они учились на I курсе.

9/21 июня 1842 г. был Высочайше утвержден устав и штат Императорского университета Св. Владимира, которые уже с 15/27 июля того же года были введены в действие¹⁶. Согласно штатам университета Св. Владимира, на медицинском факультете предусматривалось 10 кафедр. Одна из них — «государственное врачеведение, которое составляют: а) судебная медицина; б) медицинская полиция с гигиеной; в) врачебное законоведение, т. е. краткое изложение хода дел, порядка службы и устройства по врачебному управлению в государстве, также сведения о гражданской службе и правоведение в необходимом для врача объеме; г) ветеринарная полиция с эпизоотическими болезнями».

Кафедры должны были открываться не одновременно, а постепенно, по мере появления новых факультетских курсов.

Как видим, медицинская полиция — одна из факультетских дисциплин и читается на кафедре государственного врачеведения. Обращает на себя внимание, что из предмета преподавания «медицинская полиция» выделена как самостоятельная учебная дисциплина «врачебное законоведение». Однако в университетском уставе 1835 г., который распространялся на Московский, Казанский и Харьковский университеты, в перечне предметов преподавания «врачебное законоведение» отсутствовало, была только «медицинская полиция». И в Высочайше утвержденном 28 декабря 1838 г. / 9 января 1839 г. правилах испытания лиц, претендующих на занятия врачебной практикой, в перечне предметов, «в коих, желающий получить звание лекаря, экзаменуется» (§14), имеется медицинская полиция, а врачебного законоведения нет¹⁷. Те же требования сохранились и в аналогичных «Правилах» 1845 г., т. е. из медицинской полиции не выделено врачебное законоведение как один из предметов окончательного испытания студентов, по окончании ими всего курса наук в университете¹⁸.

Следующий университетский устав — Общий устав Императорских Российских университетов 1863 г. — был распространен не только на вышеназванные университеты, но и на университет Св. Владимира. Этот устав также предусматривает преподавание медицинской полиции, но не имеет врачебного законоведения как отдельной учебной дисциплины (§16)¹⁹.

Согласно уставу Киевского университета 1842 г., предполагалось, что предметы преподавания будут читать профессора (экстраординарные или ординарные), но факультету было предоставлено право ходатайствовать «установленным порядком чрез попечителя» о поручении адъюнктам²⁰ отдельного преподавания некоторых предметов или особенных частей какой-либо науки (для подробнейшего их объяснения §19 устава).

Кроме того, устав университета 1842 г. предусматривал институт доцентов (§34) как «рассадник для штатных адъюнктов и профессорских мест». Они считались на службе, но жалования от университета не получали, поэтому позднее, в соответствии с университетским уставом 1863 г., их стали именовать приват-доцентами (частные или сверхштатные преподаватели), а адъюнкты этим же уставом стали именоваться доцентами. Чтобы стать доцентом на медицинском факультете, необходимо было иметь ученую степень доктора медицины.

¹⁴ О принятии в управление Министра народного просвещения медико-хирургических академий Московской и Виленской. 29 апреля 1840 г. Полное собрание законов Российской империи (ПСЗРИ). 2-е соб. СПб.; 1841. Т. 15, отд. 1-е. № 13423.

¹⁵ Об открытии медицинского курса в Университете Св. Владимира. 4 декабря 1840 год. Журнал министерства народного просвещения. 1841. Ч. 29, отд. 1. С. 22—3.

¹⁶ Устав Императорского университета Св. Владимира. 9 июня 1842 года. ПСЗРИ. Соб. 2-е. СПб.; 1843. Т. 17, отд. 1-е. № 15730; Штаты Императорского университета Св. Владимира. 9 июня 1842 года. ПСЗРИ. Соб. 2-е. СПб.; 1843. Т. 17, отд. 2-е. Штаты и таблицы. № 15730.

¹⁷ Правила испытания медицинских, ветеринарных и фармацевтических чиновников и вообще лиц, занимающихся врачебною практикою. 28 декабря 1838 г. ПСЗРИ. Соб. 2-е. СПб.; 1839. Т. 13, отд. 1. № 11896.

¹⁸ Правила испытания врачей, фармацевтов, ветеринаров, дантистов и повивальных бабок. 18/30 декабря 1845 г. ПСЗРИ. Соб. 2-е. СПб.; 1846. Т. 20, отд. 2. № 19529.

¹⁹ Общий устав Императорских Российских университетов. 18 июня 1863 г. ПСЗРИ. Соб. 2-е. СПб.; 1866. Т. 38, отд. 1. № 39752.

²⁰ Адъюнкт и адъюнктус (*adjunctus*) — должность помощника профессора. Словарь русского языка XVIII века. Л.; 1984. Вып. 1. С. 29.

Доцентов можно было привлечь к чтению обязательных курсов, если по какой-либо причине штатных преподавателей не хватало. В таком случае это, безусловно, способствовало правильному течению учебного процесса, и в данной ситуации устав разрешал вознаграждать труд их «единовременными денежными выдачами из экономической университетской суммы» (§36).

Итак, во второй год своего функционирования медицинский факультет вступил, имея устав и штаты. В 1842/43 учебном году на факультете уже два курса — I и II, а в 1842 г. — 34 студента. 31 декабря 1842 г. / 12 января 1843 г. министр уведомил, что экстраординарный профессор Виленской медико-хирургической академии доктор медицины и хирургии, надворный советник Иван Федорович Леонов (1809—1854) определен ординарным профессором государственного врачеведения в Императорский университет Св. Владимира с тем, чтобы «на первых порах ему поручено было преподавание судебной медицины в юридическом факультете, а с началом будущего академического года он должен быть введен в число преподавателей медицинского факультета по предмету его кафедры» [1, с. 419].

Имя И. Ф. Леонова попало в ряд энциклопедических справочников, увидевших свет в досоветском, советском и постсоветском периодах нашей истории. Все они написаны, чтобы не сказать переписаны, с ошибками и опечатками, с биографии нашего профессора, составленной В. С. Иконниковым (1884) [2, с. 365—6]. Вместе с тем об Иване Федоровиче опубликовано одно исследование историка кафедры анатомии Императорского Харьковского университета М. А. Попова (1898) [9]. Последний, будучи сам анатомом, заведующим указанной кафедрой, не только интересовался историей своей кафедры, но и провел большую работу по сбору материалов для ее истории. Автором биографии И. Ф. Леонова, помещенной в биографическом словаре Харьковского университета, также является Попов [10].

Иван Леонов — сын штурмана Черноморского флота: «из обер-офицерских детей», т. е. отец его имел чин не выше 9-го класса, а это значит, что Леонов-старший был или капитан-лейтенантом (9-й класс), или лейтенантом (10-й), или, наконец, мичманом (12-й); 14-го, 13-го и 11-го классов в военноморском флоте не было; дворянин, православный. Начал он службу юнгой в Черноморской артиллерии (1820—1822); по болезни был уволен со службы. Учился в кадетском корпусе, а с 1824 г. — в Слободско-Украинской гимназии в Харькове. Окончил ее в следующем году и поступил в Императорский Харьковский университет [11]. В 1830 г. он окончил университетский курс со степенью лекаря (*medicus*) 1-го отделения, т. е. показав «превосходные познания», в отличие от выпускников с «хорошими» знаниями, которые причислялись ко 2-му отделению. Тогда же Иван Леонов был назначен в г. Кемь Архангельской губернии (ныне в Республике Карелия РФ), но такой службой не воспользовался, поскольку был командирован на борьбу с эпидемией холеры в Кре-

менчуг и Харьков. За усердие по прекращению холеры (в следующем году) пожалован бриллиантовым перстнем.

15/27 июля 1830 г. заведующий кафедрой «анатомии, физиологии, судебной медицины и медицинской полиции» Императорского Харьковского университета Александр Саввич Венедиктов (1799—1882) просил себе помощника и в качестве такового представил Ивана Леонова. Последний был назначен прозектором с поручением чтения лекций по анатомии со званием «лектора анатомии». 8/20 мая 1834 г. И. Ф. Леонов получил повышение: он стал адъюнктом. В декабре 1835 г. проф. Венедиктов был уволен, и только в мае 1837 г. вакантную кафедру занял проф. П. А. Наранович. Таким образом, почти три семестра кафедра оставалась без профессора.

В отсутствие профессора все предметы преподавания, причисленные к кафедре (медицинскую полицию в том числе), читал адъюнкт Леонов. Однако он не мог претендовать на заведование кафедрой, так как не защитил диссертацию. Поэтому профессором стал доктор медицины из Императорской Петербургской медико-хирургической академии Наранович. Более того, Иван Федорович не смог убедить попечителя Харьковского учебного округа, что в ближайшее время он защитит диссертацию, что необходимо было сделать, так как должность адъюнкта предполагала преподавателя с диссертацией. В связи с этим после появления проф. Нарановича на харьковской кафедре он лишился адъюнктуры и был понижен до прозектора.

В период службы в университете И. Ф. Леонов (по представлению описания восьми операций «сделанных им с успехом над живыми людьми») был удостоен звания медико-хирурга (*medico-chirurgus*), что давало ему возможность работать в качестве оператора²¹, т. е. хирурга. Одновременно это давало ему право на допуск к экзамену на следующее звание — инспектора врачебной управы (звание физика/*physicus*), которое он и получил в июле 1837 г. Последнее звание позволяло Ивану Федоровичу претендовать на место инспектора во врачебных управах Империи, которое было более высокооплачиваемым по сравнению с должностью, скажем, уездного врача, а не только продолжать службу в университете.

Уже в 1838 г., по защите медико-хирургической диссертации, прозектор Леонов был удостоен степени доктора медицины и хирургии (*doctor medicinae et chirurgiae*). Однако время было уже потеряно и, возможно, он не сработался с новым заведующим кафедрой. В феврале 1839 г. он подал в отставку и был уволен из университета. В том же 1839 г. появилась возможность И. Ф. Леонову получить место адъюнкта в Виленской медико-хирургической академии, где со следующего года он — экстраординарный профессор патологической анатомии. В самом конце 1842 г., а по новому стилю это уже 1843 г., проф. Ле-

²¹ Оператор (*operator*) — тот, кто производит операцию, хирургическое вмешательство в лечебных целях. Словарь русского языка XVIII века. СПб.; 2007. Вып. 17. С. 13.

онов был переведен в Киевский университет профессором государственного врачеведения.

Прежде чем продолжить изложение биографии Ивана Федоровича Леонова, отметим те ошибочные утверждения, которые накопились за почти полтора столетия. Первое — он занимал должность инспектора врачебной управы. Об этом писал еще М. Ф. Владимирский-Буданов (1884) [1, с. 420], а последний, кто это отметил, был М. П. Бойчак (2005) [12, с. 13]. Действительно, он сдал экзамены на звание инспектора врачебной управы на случай, если диплом на это звание пригодится в жизни, тем более что для него не было ясно, сможет ли он продолжить академическую карьеру. Экзамены же проводились университетом, где он служил; испытания словесные и письменные состояли «изо всех частей судебной медицины, медицинской полиции и скотоврачебной науки во всей их обширности» (§3 ст. VII правил об экзаменах медицинских чиновников 1810 г.)²². И. Ф. Леонов был адъютантом и медицинской полиции, и судебной медицины, а значит, особой сложности в сдаче экзаменов для него не было. Однако ему не пришлось возглавлять ни одну врачебную управу Империи.

Важно указать на неверное утверждение о том, что И. Ф. Леонов был профессором анатомии последовательно в Харькове, Вильне и Киеве. Об этом написано в Энциклопедическом словаре Брокгауза и Ефрона²³, а в Русском биографическом словаре под редакцией А. А. Половцева сказано, что после Виленской медико-хирургической академии, где он был профессором патологической анатомии, он был определен в Императорский университет Св. Владимира «профессором по той же кафедры»²⁴. Нет! В Киеве И. Ф. Леонов — профессор государственно-го врачеведения.

В 1843/44 учебном году на медицинском факультете уже три курса — I, II и III; всего в 1843 г. на факультете 64 студента. Из отчета за 1843/44 академический год следует, что проф. Леонов на III курсе медицинского факультета прочитал «гигиену и диететику, судебную медицину, медицинскую полицию и врачебное управление в Российской империи».²⁵ Таким образом, кафедра государственного врачеведения была организована в университете Киева в 1843 г., когда с началом 1843/44 академического года началось чтение лекций на данной кафедре, а не в 1842 г., как утверждает в литературе об истории Национального медицинского университета им. А. А. Богомольца [5, с. 139; 6, с. 89—90; 7, с. 137].

²² Высочайше утвержденные правила об экзаменах медицинских чиновников. 15 июля 1810 г. ПСЗРИ. Соб. 1-е. СПб.; 1830. Т. 31. № 24298.

²³ Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. СПб.; 1896. Т. 34. С. 559—60.

²⁴ Русский биографический словарь. (РБС) А.А. Половцев (ред.). СПб.; 1914. Т. 10. С. 213—4.

²⁵ Записка о состоянии и действиях Университета Св. Владимира в течение 1843/4 учебного года. Записка и речь, читанные в торжественном собрании Императорского университета Св. Владимира 28 января 1845 года. Киев; 1845. С. 17 (первая пагинация).

В 1844/45 учебном году на медицинском факультете четыре курса — от I до IV включительно; всего в 1844 г. на этом факультете учатся 96 студентов, а это значит, что на каждом из курсов в среднем около 25 слушателей. 28 января / 9 февраля 1845 г. на торжественном собрании Императорского университета Св. Владимира «профессор государственного врачеведения» Иван Федорович Леонов произнес речь «О развитии судебной медицины отечественной и отношении ее к русскому законодательству». В этом выступлении Леонов не только осветил этапы развития судебной медицины в России, но и обозначил основные меры русского правительства в области медицинской полиции при Петре I и последующих «венценосцах» [13].

В 1845 г. на факультете учились уже 143 студента. Поскольку обучение на медицинском факультете составляло 5 лет, в 1846 г. состоялся первый выпуск. Факультет окончили 12 человек. Из вышеизложенного следует, что утверждение современного автора Н. И. Коцур (2012) о том, что на медицинском факультете Императорского университета Св. Владимира была организована кафедра «судебной медицины, медицинской полиции, истории и литературы, медицинской энциклопедии и методологии», не соответствует действительности [14]. Такая кафедра не только не предполагалась уставом 1842 г., но, как мы видим, и не была создана. Одновременно обратим внимание и на ошибочное утверждение С. Бондарчука (2012), который, рассматривая историю преподавания гигиены в Киевском университете, писал о том, что будто бы гигиеническая наука до конца первой половины XIX столетия носила название государственного врачеведения («государственное врачеведение» автор перевел на украинский язык как «державне лікарствознавство») [15]. Однако если мы заменим вышедшее из употребления слово «врачеведение» на тогдашний синонимом — «врачебная наука» (ее составляли все «учебные предметы», которые преподавались на медицинском факультете) или на более привычное нам «медицина», то данную кафедру мы должны будем назвать кафедрой государственной врачебной науки или государственной медицины. Иными словами, «государственное врачеведение» — это комплекс наук, «имеющих в виду применение медицины к государственным целям». Итак, кафедра государственного врачеведения (государственной медицины) — это кафедра, на которой читалось несколько учебных дисциплин, а не одна гигиена. Среди предметов преподавания были судебная медицина, медицинская полиция и др. Впрочем, есть историки медицины, которые ставят равенство между «судебной медициной» и «государственным врачеведением», что также является, конечно, неверным.

Четыре академических года проф. Леонов читал свои учебные дисциплины один, и только 22 июля / 3 августа 1847 г. на кафедре государственного врачеведения появился второй преподаватель — адъютант Христиан Яковлевич фон Гюббенет (1821—1873). Биографические справки о последнем появи-

лись уже в Российской империи, затем попадали в справочники советской эпохи. Есть о нем публикации и в различных биографических словарях, изданных на Украине и в России. Однако в литературе с ошибками освещают тот период жизни Х. Я. фон Гюббенета, когда он был адъюнктом государственного врачеведения, что неудивительно, так как неточности из более ранних биографий перекочевывали в последующие.

Гюббенеты (Hübbenet) — известный прибалтийский немецкий лютеранский дворянский род Российской империи, потомки французских гугенотов. Христиан Яковлевич (Антон-Христиан-Август) фон Гюббенет родился в отцовском имении Подзем в Лифляндской губернии (Podsem; ныне Подзени/Podzēni в Вайдавской волости Коценского края Латвийской Республики) 19/31 мая 1821 г.²⁶ В 1839 г., по окончании Рижской гимназии, Христиан Яковлевич поступил в Дерптский университет (ныне Тартуский, Эстонская Республика). В 1844 г. он окончил курс и начал службу в правлении шестого округа путей сообщения в Казани. Под влиянием профессора «судебной медицины, медицинской полиции, истории медицины, гигиены и токсикологии» Императорского Казанского университета Георгия Иоакимовича Блосфельда (1798—1884) он начал заниматься судебной медициной и провел исследование о действии мышьяка и выявления его в трупах. В 1847 г. данную работу Х.Я. фон Гюббенет успешно защитил в качестве докторской диссертации в Дерптском университете. Как отмечено выше, он в этом же году был определен адъюнктом в Императорский университет Св. Владимира. Кроме того, в следующем году он занял должность младшего ординатора в Киевском военном госпитале.

В 1849 г. Киевский военный госпиталь стал университетской клинической базой для преподавания терапии и хирургии, а также патологической анатомии и судебной медицины. Согласно Высочайше утвержденным «Правилам для клинических отделений при Киевском госпитале» (28 февраля / 12 марта 1849 г.), четыре профессора указанных специальностей должны были по совместительству стать ординаторами госпиталя²⁷. Проф. Леонов возглавлял кафедру государственного врачеведения, в состав которой в качестве одной из учебных дисциплин входила судебная медицина, и именно он должен был занять указанную должность в госпитале. Однако поскольку его адъюнкт фон Гюббенет уже служил в госпитале, то именно он и продолжил работу на базе госпиталя, уже выполняя преподавательские функции. Так, во втором полугодии 1849/50 учебного года Х. Я. фон Гюббенет должен был преподавать гражданскую медицинскую полицию (по 3 ч), упражнять студентов в судебно-медицинских иссле-

дованиях (2 ч в неделю и когда к тому представится случай)²⁸.

Между тем продолжала быть вакантной кафедра теоретической хирургии с офтальмологией за смертью проф. О. К. Цильхерта (1815—1848). 1/13 сентября 1850 г. ее занял Христиан Яковлевич фон Гюббенет, получив тем самым звание профессора и оставив службу на кафедре государственного врачеведения в качестве адъюнкта. Вся последующая служба профессора фон Гюббенета уже не была связана с преподаванием медицинской полиции, и здесь мы ее освещать не будем. Отметим только, что скончался он 3/15 июля 1873 г. в Вильне, 8/20 июля по железной дороге тело было доставлено в Ригу, а оттуда в имение Ульпих (Ulrich, ныне населенный пункт Стиене/Stiene в Скултской волости Лимбажского края Латвийской Республики), которое принадлежало Гюббенетам.

Итак, Х.Я. фон Гюббенет родился в 1821 г., а не в 1822 г., как об этом ошибочно твердят уже более 125 лет, начиная с Биографического словаря университета Св. Владимира (1884) [2, с. 142—3], до последних публикаций уже XXI в. [16—17].

Он не возглавлял кафедру государственного врачеведения, как это утверждает исследовательница И. Пасько (2001) [18], о чем сказано в биографическом справочнике Национального медицинского университета им. А. А. Богомольца (2001) [6, с. 48]. Он оставил адъюнктуру на кафедре государственного врачеведения не в 1851 г., чтобы занять профессорскую должность на хирургической кафедре, как пишет А. Б. Богданов (2014) [19] вслед за Энциклопедическим словарем Брокгауза и Ефрона²⁹, а в 1850 г. И в заключение, в 1847 г. фон Гюббенет стал адъюнктом не кафедры судебной медицины [7, с. 72—3], в этом случае мы бы о нем не писали, а кафедры государственного врачеведения, на которой преподавались несколько учебных дисциплин, в том числе медицинская полиция. Адъюнкт фон Гюббенет преподавал как судебную медицину, так и медицинскую полицию.

В 1850 г. Иван Федорович Леонов вновь остался один на кафедре. Во втором полугодии 1850/51 учебного года он должен был читать судебную медицину, судебно-медицинскую казуистику, медицинскую полицию³⁰.

24 декабря 1850/5 января 1851 г. проф. Леонов вместо ушедшего с кафедры Х.Я. фон Гюббенета сверх занимаемой им должности был определен сверхкомплектным врачом в Киевский военный госпиталь с производством положенного жалования. Впрочем, уже 22 сентября / 4 октября 1851 г. были Высочайше утверждены новые правила для клини-

²⁶ Maija Pozemkovska (Рига) любезно предоставила нам копию из метрической книги Подземского немецкого прихода о рождении и крещении Х.Я. фон Гюббенета, за что приносим ей свою искреннюю признательность.

²⁷ Правила для клинических отделений при Киевском госпитале. 28 февраля 1849 г. ПСЗРИ. Соб. 2-е. СПб.; 1850. Т. 24, отд. 1. № 23048.

²⁸ Обзорение преподавания наук в Императорском университете Св. Владимира во втором полугодии 1849/50 учебного года. Киев; 1850. С. 13.

²⁹ Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. СПб.; 1893. Т. 18. С. 255.

³⁰ Обзорение преподавания наук в Императорском университете Св. Владимира во втором полугодии 1850—51 учебного года. Киев; 1850. С. 12.

ческих отделений в Киевском военном госпитале, в соответствии с которыми профессор судебной медицины, как не заведующий палатами госпиталя, так как «сего не требует существо преподаваемой им науки», а посещая только госпиталь для чтения лекций и для занятий в анатомическом зале, не должен состоять в звании ординатора и никакого жалования от госпиталя не должен получать³¹. Поэтому по распоряжению главного доктора госпиталя от 11/23 ноября 1851 г. ему была прекращена выплата денежно-го довольствия [12, с. 47].

В этом же 1851 г. преподавать на кафедре проф. Леонова в качестве доцента государственного врачеведения согласился помощник директора университетской терапевтической клиники Адам Иванович Слободзинский (1822/1823—1869). В то время доцент, согласно уставу 1842 г., должность не штатная, и новоявленный доцент должен был остаться на прежней должности помощника директора терапевтической университетской клиники, совмещая ее с новой. С другой стороны, внештатная доцентура — это «рассадник» будущих профессоров, и всякий, кто планировал продолжить академическую карьеру, был заинтересован в данной должности. Кроме того, в нашем случае доцент Слободзинский должен был преподавать обязательные учебные дисциплины, тем самым разгружая проф. Леонова, и получать вознаграждение (§36 Устава, о котором мы рассказали выше).

Биографическая справка о доценте Слободзинском помещена в Биографическом словаре В. С. Иконникова (1884), это на сегодняшний день самое подробное изложение его жизни и деятельности [2, с. 615—6]. Данные о нем есть и у Л. Ф. Змеева (1886) [20], а публикация в «Российском биографическом словаре» (1904) не несет чего-либо нового³². В советскую эпоху его биография не попала ни в один справочник. В постсоветское время краткие справки о нем появились на Украине [21] и в России [22], но они пересказывают В. С. Иконникова и Л. Ф. Змеева. В Государственном архиве г. Киева сохранился формулярный список о службе А. И. Слободзинского, опираясь на который мы и будем излагать историю его жизни, тем самым вводя в научный оборот этот архивный документ³³.

Родился он 24 декабря 1822 г. / 5 января 1823 г. в православной мещанской семье. Учился Адам Слободзинский в Каменец-Подольской гимназии (Каменец-Подольский тогда был губернским городом Подольской губернии, ныне Каменец-Подольский — районный центр Хмельницкой области Украины). В 1841 г. он получил аттестат зрелости и поступил на только открытый медицинский факультет Киевского университета.

Каждый факультет для поощрения студентов ежегодно предлагал им тему для написания сочинения. Лучшая работа награждалась золотой медалью, а вторая по достоинству — серебряной. Будучи студентом, Адам Слободзинский, выполнил работу на заданную факультетом тему «Изложить критически, основываясь преимущественно на собственных наблюдениях и препаратах, механизм дыхательных движений у человека и обратить внимание на участие бродящего нерва в этой деятельности, образ его распространения на оболочках дыхательных путей, влияние его на гортань и сократимость воздушных трубок, обнимая при том новейшее состояние этого вопроса». За данное сочинение он был награжден золотой медалью и по окончании курса наук был удостоен степени лекаря с отличием (*cum eximia laude*) 16/28 июня 1846 г.

После этого А. И. Слободзинский был, по ходатайству проф. Ф. С. Цыцурина (1814—1895) и представлению Совета университета, попечителем Киевского учебного округа определен ординатором при терапевтической клинике 31 августа / 12 сентября этого же года, но уже 13/25 марта 1847 г. перемещен исправляющим должность помощника директора этой же клиники (27 января / 8 февраля 1849 г. утвержден в названной должности). Он подготовил диссертацию на степень доктора медицины, успешно защитил в альма-матер и 12/24 августа 1850 г. был удостоен искомой степени. В следующем году был утвержден в чине коллежского асессора (8-й класс) со старшинством с 12/24.08.1850 г., т. е. с даты получения степени доктора медицины, так как согласно университетскому уставу удостоенные ученой степени доктора и состоящие в гражданской службе утверждались в 8-м классе. Чин коллежского асессора дал мещанину Слободзинскому права личного дворянства. После увольнения из университета и состоя на военной службе А. И. Слободзинский выслужил чин коллежского советника (6-й класс), а значит, утверждение, что он дослужился всего лишь до чина коллежского секретаря (10-й класс), не может соответствовать действительности [21].

Степень доктора медицины позволяла А. И. Слободзинскому занять должности доцента, адъюнкта и даже профессора. Все 10 профессорских мест на факультете были заняты, выделить ставку адъюнкта по каким-то причинам университет не смог, хотя фон Гюббенет, став профессором, освободил место адъюнкта. Адаму Ивановичу предложили должность доцента по кафедре государственного врачеведения, он согласился и был утвержден в звании доцента 14/28 февраля 1851 г.

В 1851/52 учебном году учебные дисциплины между И. Ф. Леоновым и А. И. Слободзинским были распределены следующим образом. Проф. Леонов читал «вторую часть» судебной медицины и судебно-медицинскую казуистику, об «эпизоотических болезнях с законами государственного врачеведения» (все в осеннем семестре)», медицинскую полицию в весеннем семестре. Доцент Слободзинский читал «первую часть» судебной медицины в осеннем

³¹ Правила для клинических отделений при Киевском военном госпитале. 22 сентября 1851 г. ПСЗРИ. Соб. 2-е. СПб.; 1852. Т. 26, отд. 2. № 25576.

³² РБС. СПб.; 1904. Т. 18. С. 632—3.

³³ Формулярный список о службе А.И. Слободзинского. Государственный архив г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д. 4755. Л. 52об.—56.

История медицины

семестре, а гигиену и диететику — в весеннем семестре³⁴. В 1852/53 академическом году распределение предметов преподавания на кафедре осталось таким же, а это значит, что проф. Леонов оставлял медицинскую полицию за собой³⁵.

В 1853/54 академическом году А. И. Слободзинский преподавал те же учебные дисциплины, что и в предыдущие годы³⁶, а в 1854/55 учебном году читал лекции и по медицинской полиции³⁷. 20 декабря 1855 г. / 1 января 1856 г. А. И. Слободзинский был уволен от службы «по расстроенному здоровью», как от должности доцента государственного врачебно-ведения, так и от должности помощника директора терапевтической клиники. В последующие годы он не служил, но в 1859 г. поступил в военное ведомство (старший врач в 14-м стрелковом батальоне, а с 1863 г. — дивизионный доктор 34-й пехотной дивизии). Скончался Адам Иванович Слободзинский в 1869 г.

Что касается Ивана Федоровича Леонова, то он оставил должность профессора государственного врачебно-ведения еще в 1853 г. с пенсией в полный оклад жалования и скончался в Киеве 13/25 января 1854 г. После проф. Леонова вакантную кафедру государственного врачебно-ведения занял Федор Федорович (Георг-Фридрих Фридрихович) Меринг (Mering; 1822—1887) первоначально в звании адъюнкта, а с 4/16 ноября 1854 г. — профессора.

Выводы

1. Кафедра государственного врачебно-ведения начала функционировать на медицинском факультете Императорского университета Св. Владимира в 1843 г. Организатором и первым ее заведующим был профессор Иван Федорович Леонов (1809—1854).

2. Кафедра государственного врачебно-ведения была открыта в соответствии с университетским уставом Киевского университета 1842 года как одна из 10 кафедр на медицинском факультете, на назван-

ной кафедре преподавались несколько учебных дисциплин, в том числе медицинская полиция.

3. Устав и штаты 1842 г. университета Св. Владимира предусматривали выделение из медицинской полиции врачебного законоведения и чтение последнего предмета преподавания как отдельной факультетской дисциплины. Однако «Правила испытания» 1838/1839 г. и 1845 г. для получения звания лекаря не предлагали после окончания курса наук на медицинском факультете сдачи данной дисциплины, выпускные экзамены включали только медицинскую полицию. В последующем чтение лекций по врачебному законоведению как самостоятельному предмету преподавания не получило распространения, что было зафиксировано Общим уставом Императорских Российских университетов 1863 г.

4. В 1847—1850 гг. адъюнктом на кафедре у проф. Леонова работал Христиан Яковлевич фон Гюббенет (1821—1873), который читал лекции и по медицинской полиции. В 1851—1856 гг. доцентом на кафедре государственного врачебно-ведения был Адам Иванович Слободзинский (1822/1823—1869), который также принимал участие в преподавании медицинской полиции.

5. В 1853 г. проф. Леонов вышел в отставку и вакантную кафедру государственного врачебно-ведения занял Федор Федорович (Георг-Фридрих Фридрихович) Меринг (Mering; 1822—1887). Он стал вторым по времени заведующим этой кафедрой.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимирский-Буданов М. Ф. История Императорского Университета Св. Владимира. Киев; 1884.
2. Иконников В. С. Биографический словарь профессоров и преподавателей Императорского университета Св. Владимира (1834—1884). Киев; 1884.
3. Гончарук Е. Г., ред. 150 лет Киевскому медицинскому институту. Киев; 1991.
4. Гончарук Е. Г., Андрущук А. О., Бобрик І. І. 160 років Національному медичному університету. Київ; 2001.
5. Макаренко І. М., Полякова І. М. Биографический словарь заведующих кафедрами и профессоров Киевского медицинского института (1841—1991). Киев; 1991.
6. Макаренко І. М., Полякова І. М. Біографічний довідник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (1841—2001). Київ; 2001.
7. Москаленко В. Ф., Полякова І. М. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (1841—2006). Київ; 2006.
8. Сточик А. М., Затравкин С. Н., Сточик А. А. Становление государственной медицины (вторая половина 18 — первая половина 19 века). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(1):44—9, 2013;(2):41—5, 2013;(3):53—7, 2013;(4):41—6, 2013;(5):51—6.
9. Попов М. А. Профессор Иван Федорович Леонов, его служебная и литературная деятельность (1809—1854). *Записки Императорского Харьковского университета*. 1898;(3):33—55.
10. Попов М. А. Иван Федорович Леонов. В кн.: Медицинский факультет Харьковского университета за первые 100 лет его существования (1805—1905). Харьков; 1905—1906. С. 8—9.

³⁴ Обзорение преподавания наук в Императорском университете Св. Владимира в первом полугодии 1851/52 учебного года. Киев; 1851. С. 12, 14; Обзорение преподавания наук в Императорском университете Св. Владимира во втором полугодии 1851/52 учебного года. Киев; 1852. С. 12—4; Краткий отчет о состоянии и действиях Императорского университета Св. Владимира в течение 1851/52 академического года, читанный в торжественном собрании университета 10 июня 1852 года. Киев; 1852. С. 20—2.

³⁵ Обзорение преподавания наук и искусств в Императорском университете Св. Владимира в первом полугодии 1852/53 учебного года. Киев; 1852. С. 13—4; Обзорение преподавания наук и искусств в Императорском университете Св. Владимира во втором полугодии 1852/53 учебного года. Киев; 1853. С. 13; Краткий отчет о состоянии и действиях Императорского университета Св. Владимира в течение 1852/53 академического года. Краткий отчет и речь, читанные в торжественном собрании Императорского университета Св. Владимира 9-го июня 1853 год. Киев; 1853. С. 19, 20 (1-я пагинация).

³⁶ Обзорение преподавания наук и искусств в Императорском университете Св. Владимира в первом полугодии 1853/54 учебного года. Киев; 1853. С. 14; Обзорение преподавания наук и искусств в Императорском университете Св. Владимира во втором полугодии 1853/54 учебного года. Киев; 1854. С. 13; Краткий отчет о состоянии и действиях Императорского университета Св. Владимира в течение 1853/54 академического года. Краткий отчет и речь, читанные в торжественном собрании Императорского университета Св. Владимира 10 июня 1854 года. Киев; 1854. С. 19 (1-я пагинация).

³⁷ Обзорение преподавания наук и искусств в Императорском университете Св. Владимира в первом полугодии 1854/55 учебного года. Киев; 1854;13; Обзорение преподавания наук и искусств в Императорском университете Св. Владимира во втором полугодии 1854/55 учебного года. Киев; 1855. С. 15.

11. Чеканов Н. А., сост. Биографический словарь бывших питомцев Первой харьковской гимназии за истекшее столетие с 1805 по 1905 год. Харьков; 1905. 192 с.
12. Бойчак М. П. История Киевского военного госпиталя. Киевский госпиталь — учебная и научная база медицинского факультета Университета Св. Владимира и Киевского медицинского института. Киев; 2005.
13. Леонов И. Ф. О развитии судебной медицины отечественной и отношение ее к русскому законодательству. В кн.: Записка и речь, читанные в торжественном собрании Императорского университета Св. Владимира 28 января 1845 года. Киев; 1845. С. 1—21.
14. Коцур Н. І. Науково-організаційні засади становлення і розвитку гігієнічної науки в Київському університеті Св. Володимира (друга половина XIX — початок XX століття): історіографія. *Наукові записки з української історії*. 2012;31:217—26.
15. Бондарчук С. Медичний факультет Київського університету св. Володимира в другій половині XIX ст.: структуризація гігієнічного напрямку, людиновимірність наукових здобутків. *Наукові записки з української історії*. 2012;32:385—90.
16. Медицина в Україні. Біобібліографічний словник. Випуск 2: Друга половина XIX — початок XX століття. Літера А—К. Київ; 2005. С. 146—8.
17. Нувахов Б. Ш., Крылов-Толстикова А. Н. Верность клятве Гиппократу. Элита русской медицины XVIII — начала XX столетий. Краткий медицинский биографический словарь. Т. 1. М.; 2007. 227 с.
18. Пасько І. Військовий хірург, голова Товариства київських лікарів, професор Х. Я. Гюббенет. *Azanim*. 2001;13:23—6.
19. Богданов А. Б. Материалы для биографического справочника русских врачей XVIII—XX вв. СПб.; 2014. 202 с.
20. Змеев Л. Ф. Русские врачи писатели. Тетрадь 2. СПб.; 1886. С. 104.
21. Медицина в Україні. Біобібліографічний словник. Випуск 2: Друга половина XIX — початок XX століття. Літера Л—С. Київ; 2012. С. 262—3.
22. Нувахов Б. Ш. Верность клятве Гиппократу. Элита русской медицины XVIII — начала XX столетий. Краткий медицинский биографический словарь. Т. 2. М.; 2012. 295 с.
23. Stochik A. M., Zatravkin S. N., Stochik A. A. Formation of state medicine (the second half of the 18th and the first half of the 19th centuries). *Problemy socialnoj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2013;(1):44—9, 2013;(2):41—5, 2013;(3):53—7, 2013;(4):41—6, 2013;(5):51—6 (in Russian).
24. Popov M. A. Professor Ivan Fedorovich Leonov, his official and literary activities (1809—1854). *Zapiski Imperatorskogo Harkovskogo universiteta*. 1898;(3):33—55 (in Russian).
25. Popov M. A. Ivan Fedorovich Leonov. In: Medical Faculty of Kharkov University for the first 100 years of its existence (1805—1905) [*Medicinskij fakultet Harkovskogo universiteta za pervye 100 let ego sushestvovaniya (1805—1905)*]. Kharkov; 1905—1906. P. 8—9 (in Russian).
26. Chekanov N. A., compiler. Biographical dictionary of the former pupils of the First Kharkov gymnasium for the past century from 1805 to 1905 [*Biograficheskij slovar byvshih pitomcev Pervoj harkovskoj gimnazii za istekshee stoletie s 1805 po 1905 god*]. Kharkov; 1905. 192 p. (in Russian).
27. Bojchak M. P. The history of Kiev military hospital. Kiev Hospital is the educational and scientific base of the medical faculty of St. Vladimir University and Kiev Medical Institute [*Istoriya Kievskogo voennogo gospihtalya. Kievskij gospihtal — uchebnaya i nauchnaya baza medicinskogo fakulteta Universiteta Sv. Vladimira i Kievskogo medicinskogo instituta*]. Kiev; 2005 (in Russian).
28. Leonov I. F. On the development of domestic forensic medicine and its relation to the Russian legislation. In: Note and speech read at the ceremonial meeting of the Imperial University of St. Vladimir on January 28, 1845 [*Zapiska i rech, chitannye v torzhestvennom sobranii Imperatorskogo universiteta Sv. Vladimira 28 yanvarya 1845 goda*]. Kiev; 1845. P. 1—21 (in Russian).
29. Kotsur N. I. Scientific and organizational principles of formation and development of hygienic science at St. Vladimir Kiev University (the second half of the nineteenth and the beginning of the XXth centuries): the historiography. *Naukovi zapysky z ukrainskoi istorii*. 2012;31:217—26 (in Ukrainian).
30. Bondarchuk S. The medical faculty of St. Vladimir Kiev University in the second half of the nineteenth century: structuring of hygienic direction, human dimension of scientific achievements. *Naukovi zapysky z ukrainskoi istorii*. 2012;32:385—90 (in Ukrainian).
31. Medicine in Ukraine. Bibliographic dictionary. Issue 2: Another half of the XIXth and the beginning of the XXth centuries. The letter A—K [*Medytsyna v Ukraini. Biobibliografichnyi slovnyk. Vypusk 2 Druha polovyna XIX — pochatok XX stolittia. Litera A—K*]. Kyiv; 2005. P. 146—8 (in Ukrainian).
32. Nuvahov B. Sh., Krylov-Tolstikov A. N. Fidelity to the Hippocratic Oath. The elite of Russian medicine of the XVIIIth and the beginning of the XXth centuries. Brief medical biographical dictionary [*Vernost klyatve Gippokrata. Elita russkoj mediciny XVIII — nachala XX stoletij. Kratkij medicinskij biograficheskij slovar*]. Vol. 1. Moscow; 2007. 227 p. (in Russian).
33. Pasko I. Military Surgeon, Chairman of the Society of Kiev Physicians, Professor Ch.Ya. von Hübbenet. *Ahapit*. 2001;13:23—6 (in Ukrainian).
34. Bogdanov A. B. Materials for the biographical directory of Russian doctors of the XVIIIth and XXth centuries [*Materialy dlya biograficheskogo spravochnika russkih vrachej XVIII—XX vv.*]. St. Petersburg; 2014. 202 p. (in Russian).
35. Zmeev L. F. Russian doctors writers. Notebook 2 [*Russkie vrachi pisateli. Tetrad 2*]. St. Petersburg; 1886. P. 104 (in Russian).
36. Medicine in Ukraine. Bibliographic dictionary. Issue 2: The second half of the XIXth and the beginning of the XXth centuries. The letter L—S [*Medytsyna v Ukraini. Biobibliografichnyi slovnyk. Vypusk 2: Druha polovyna XIX — pochatok XX stolittia. Litera L—S*]. Kiev; 2012. P. 262—3 (in Ukrainian).
37. Nuvahov B. Sh. Fidelity to the Hippocratic Oath. The elite of Russian medicine of the XVIIIth and the beginning of the XXth centuries. Brief medical biographical dictionary [*Vernost klyatve Gippokrata. Elita russkoj mediciny XVIII — nachala XX stoletij. Kratkij medicinskij biograficheskij slovar*]. Vol. 2. Moscow; 2012. 295 p. (in Russian).

Поступила 22.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Vladimirskej-Budanov M. F. The history of St. Vladimir Imperial University [*Istoriya Imperatorskogo Universiteta Sv. Vladimira*]. Kiev; 1884 (in Russian).
2. Ikonnikov V. S. Biographical dictionary of Professors and Teachers of St. Vladimir Imperial University (1834—1884) [*Biograficheskij slovar professorov i prepodavatelej Imperatorskogo universiteta Sv. Vladimira (1834—1884)*]. Kiev; 1884 (in Russian).
3. Goncharuk E. G., ed. 150 years of Kiev Medical Institute [*150 let Kievskomu medicinskomu institutu*]. Kiev; 1991 (in Russian).
4. Goncharuk Ye. G., Andrushhuk A. O., Bobryk I. I., eds. 160 years to the National Medical University [*160 rokov Nacionalnomu Medychnomu Universytetu*]. Kyiv; 2001 (in Ukrainian).
5. Makarenko Y. M., Poliakova Y. M. Biographical dictionary of the Heads of Departments and Professors of Kiev Medical Institute (1841—1991) [*Byohrafycheskyi slovar zaveduiushchykh kafedramy i professorov Kyevskoho medytsynskoho instytutu (1841—1991)*]. Kyev; 1991 (in Russian).
6. Makarenko I. M., Poliakova I. M. Biographical directory of the Heads and Departments and Professors of the National Medical University named after O. O. Bogomolets (1841—2001) [*Biohrafichnyi dovidnyk zaviduvachiv kafedr ta profesoriv Natsionalnoho medychnoho universytetu imeni O. O. Bohomoltsia (1841—2001)*]. Kyiv; 2001 (in Ukrainian).
7. Moskalenko V. F., Poliakova I. M. Biographical dictionary of the Heads of Departments and Professors of the National Medical University named after O. O. Bogomolets (1841—2006) [*Biohrafichnyi slovnyk zaviduvachiv kafedr ta profesoriv Natsionalnoho medychnoho*

Пенской В. В., Полухин О. Н., Борисов С. Н., Дмитраков Р. А.

ВСАДНИК НА БЛЕДНОМ КОНЕ: ЧУМА ИВАНА ГРОЗНОГО

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308000, г. Белгород

Эпидемии с древнейших времен оказывают серьезное влияние на процессы, протекающие в различных сферах жизни человеческого общества, что не могло не привлечь внимание историков к этому биологическому феномену и его изучению. Немало исследований посвящено крупнейшим эпидемиям, например знаменитой «черной смерти» середины XIV в. Вместе с тем далеко не все подобного рода события получили должное освещение в исторической литературе. Среди малоизученных и практически неизвестных выделяется моровое поветрие — чума, которая поразила Русское государство во 2-й половине 60-х — начала 70-х годов XVI в. В статье авторы рассматривают это событие, показывают его происхождение, временные и географические рамки, а также анализируют его последствия.

К л ю ч е в ы е с л о в а : раннее Новое время; эпидемии; чума; Россия; Иван Грозный.

Для цитирования: Пенской В. В., Полухин О. Н., Борисов С. Н., Дмитраков Р. А. Всадник на бледном коне: чума Ивана Грозного. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):173—179. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-173-179>

Для корреспонденции: Пенской Виталий Викторович, д-р исторических наук, доцент, профессор кафедры теории и истории государства и права Белгородского государственного научно-исследовательского университета, e-mail: penskoy@bsu.edu.ru

Penskoy V. V., Polukhin O. N., Borisov S. N., Dmitrakov R. A.

THE HORSEMAN ON PALE HORSE: THE PLAGUE OF IVAN THE TERRIBLE

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The Belgorod State National Research Institute», 308009, Belgorod, Russia

Since the ancient times, epidemics affect the processes proceeding in various spheres of life of human society. Hence, steadfast attention of historians to this biological phenomenon and its investigation. Quite a lot of research studies is devoted to the first-rate epidemics, for instance, the famous «Black Death» in the middle of XIV century. At the same time, far from all such occurrences were properly interpreted in historical literature. Among little-studied and factually unknown epidemics, the pestilence, the plague, that struck the Russian state in the second half of 60s-early 70s of XVI century, stands out for. The article considers this occurrence, demonstrates its origin, time and geographical limits and also analyzes its consequences.

К е y o r d s : Early Modern; epidemics; plague; Russia; Ivan the Terrible.

For citation: Penskoy V. V., Polukhin O. N., Borisov S. N., Dmitrakov R. A. The horseman on pale horse: the plague of Ivan the Terrible. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):173—179 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-173-179>

For correspondence: Penskoy V. V., doctor of historical sciences, associate professor, professor of the Chair of Theory and History of State and Law of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The Belgorod State National Research Institute». e-mail: penskoy@bsu.edu.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 02.07.2020

Accepted 29.10.2020

«И когда Он снял четвертую печать, я слышал голос четвертого животного, говорящий: иди и смотри. И я взглянул, и вот, конь бледный, и на нем всадник, которому имя „смерть“...»

Откровение Иоанна Богослова

С середины XIV в., когда пришедшая с Востока «черная смерть» опустошила Европу, чума надолго стала важным фактором общественно-политической, социально-экономической и культурной жизни субконтинента. Волны эпидемии, с завидной регулярностью прокатывавшиеся то по одному региону, то по другому, а то и по всему европейскому миру, не давали забыть о своем присутствии вплоть до начала XIX в. При этом стоит заметить, что в памяти современников и потомков оказались запечатлены и подвергнуты изучению далеко не все эпидемии. Наибольший эффект произвела первая волна — равной по своему сокрушительному воздействию на социум эпидемии Европа долго не знала ни до, ни после

«черной смерти», несколько меньший — эпидемии Нового времени. Это было связано, с одной стороны, с развитием медицинских знаний и науки в целом, с другой — с лучшей сохранностью источников, не только нарративных, но и документальных. Этого нельзя сказать об эпидемиях позднего Средневековья — раннего Нового времени. К числу таких малоизвестных «Божьих пришествий» можно отнести и эпидемию чумы, которая в конце 60-х — начале 70-х годов XVI в. истребляла население Русского государства и стала той самой последней соломинкой, которая переломила хребет верблюда, запустила механизм острого социально-экономического и политического кризиса в стране и не позволила Ивану Гроз-

ному довести до победного завершения войну, начавшуюся в 1558 г. вторжением русских войск в Ливонию.

Изучение проблем, связанных с историей древних эпидемий и их влиянием на развитие человеческого общества, любопытно и интересно не только с медицинской точки зрения. Не будем забывать о том, что древние общества (под ними мы понимаем в первую очередь те социумы, которые американский философ и культуролог Э. Тоффлер отнес к цивилизациям «первой волны») [1, с. 32—33, 39, 40], представляли собой общества аграрные, сельские, в которых и материальное, и интеллектуальное производство базировалось на мускульной силе человека и домашних животных и развивалось преимущественно в экстенсивном направлении. И когда Л. Н. Гумилев писал о том, что «как бы ни была развита техника, все необходимое для поддержания жизни люди получают из природы...» [2, с. 8], то к цивилизациям «первой волны» это относилось в особенной степени.

В самом деле, сельскохозяйственное производство, основа и несущий столб их экономики, как никакое другое зависит от природно-климатических условий и от тех перемен, которые происходят с ними. Малейший сбой, вызванный природной аномалией, здесь влечет за собой негативные последствия не только для отдельных людей, но и для всего сообщества, и ситуация очень быстро может принять катастрофический оборот, особенно если эти природные аномалии усугубляются в результате действий самих людей. При этом не стоит забывать и о том, что скорейшему восстановлению экономики как фундамента, на котором выстраивалось здание социума, препятствовало также традиционное мышление общества «первой волны» как общества «холодного», консервативного, с подозрением относящегося к новшествам [3, с. 439]. Это общество отнюдь не было настроено на расширенное воспроизводство. Напротив, генеральной его идеей было стремление производить ровно столько, сколько необходимо для обеспечения минимального уровня повседневного комфорта и выживания.

В результате убыль населения и рабочего скота, вызванная эпидемиями и эпизоотиями, голодом и войной, неизбежно вела в таком обществе к запустению земель, падению производства в аграрном секторе экономики, а следом и к общему экономическому, социальному и политическому кризисам. «Экономические кризисы докапиталистических формаций всегда были кризисами недопроизводства, беспощадно сказывающимися на состоянии производственных сил страны», — писала по этому поводу отечественный исследователь Е. И. Колычева. Развивая свой тезис дальше, применительно к России времен Ивана Грозного, она отмечала, что в условиях перенапряжения хозяйства страны в экстремальной ситуации «любое достаточно обширное бедствие, разразившееся в условиях военного времени на большей части территории России, должно было окончательно подорвать государственную экономи-

ку, вызвав трудно обратимые последствия», и вогнать хозяйство в глубочайшую депрессию, выход из которой мог растянуться на десятилетия [4, с. 172, 178].

Собственно говоря, именно это и случилось в России во 2-й половине 60-х годов XVI в. Но вот что любопытно: в рассуждениях историков что XIX, что XX в. о причинах этого кризиса на первое место неизменно выступал субъективный фактор. «Никакая почва, никакой климат, никакое усовершенствование системы хозяйства не могли парализовать разрушительного влияния таких общественных условий», которые вели к массовому бегству крестьян и запустению земель со всеми вытекающим отсюда последствиями, считал П. А. Соколовский [5, с. 173]. Ему вторил О. Н. Яницкий, который видел причины экономической разрухи на русском Северо-Западе в конце 60-х — начала 80-х годов XVI в. не в колонизации новооткрытых черноземных земель на юге, не в пороках, присущих поместной системе, и не в побочных явлениях, вроде войны, недородов, мора (выделено нами.— Авт.), но в реальном повышении крестьянского оброка, перевода натурального оброка в денежный вкупе с закрытием «окна в Европу» и начавшейся сменой хозяйства натурального на хозяйство денежное [6, с. 131].

Б. Д. Греков, один из основоположников советской историографии, в классической работе «Крестьяне на Руси» пришел к выводу о том, что первопричиной катастрофического по своим размерам хозяйственного кризиса 70-х — 80-х годов XVI в. стали, с одной стороны, войны, которые вел Иван Грозный, а с другой — борьба земщины с опричниной [7, с. 245]. «Налоги непомерно увеличились, потому что шла тяжелая война, что уменьшение запашки — вследствие обеднения и разброя населения — вызвало голод, а за ним с последовательной неизбежностью пошла моровое поветрие и смерть», — писал историк [7, с. 243]. В известной степени с ним солидаризировался А. А. Зимин, сделавший упор на рост податей и повинностей крестьян, на который наложились неблагоприятные внешние обстоятельства (опричнина, война, мор и голод) [8, с. 20]. С. М. Каштанов первопричину кризиса видел в стремлении вотчинников и помещиков выжать из своих владений возможно больший доход (в этом он повторил вывод, сделанный П. А. Соколовским, О. Н. Яницким и рядом других дореволюционных исследователей) [9, с. 114—5; 6, с. 131].

Нельзя не отметить и прохладное отношение к истории эпидемии чумы, которая обрушилась на Русское государство и общество во 2-й половине 60-х — начале 70-х годов XVI в., со стороны историков отечественной медицины. Специального исследования, посвященного этой эпидемии, нет и по сей день, а сама она проходит на страницах сочинений, посвященных истории медицины и болезней в России, мимоходом, едва ли не петитом, причем это касается в равной степени дореволюционного времени, и советского, и постсоветского. Достаточно обратиться к классической работе В. Эккермана «Мате-

История медицины

риалы для истории медицины в России». Описание эпидемии здесь, едва ли не самое подробное в дореволюционной историографии, уместилось меньше чем на полутора страницах [10, с. 43—4]. Практически ничем в этом отношении не отличается от нее и работа Ф.А. Дёрбека «История чумных эпидемий в России от основания государства до настоящего времени», увидевшая свет спустя 20 лет, в 1905 г. В ней серия значимых по масштабам и последствиями чумных эпидемий в России позднего Средневековья — раннего Нового времени вмещены в одну небольшую (полтора десятка страниц) главу [11, с. 26—41].

Не изменилась к лучшему ситуация и после 1917 г. В известной работе К. Г. Васильева и А. Е. Сегала «История эпидемий в России», опубликованной в 1960 г., анализу эпидемии 2-й половины 60-х — начала 70-х годов XVI в. и ее последствий отведено даже менее одной страницы, причем в изложении авторов она предстает как цепочка не связанных друг с другом эпизодов [12, с. 43]. Точно так же в духе «медицинской истории» выдержаны и соответствующие страницы в современных «Очерках истории чумы» М.В. и Н. С. Супотницких [13, с. 67, 69, 136]. Так что сказанные еще в 1987 г. слова Е. И. Колычевой, отмечавшей, что «в литературе как исторической, так и медицинской данное событие... отражено крайне скудно: неизвестен ни ареал распространения „мора“, ни его хронологические рамки, ни масштабы последствий. Неясна и этиология эпидемии» [4, с. 178], сохраняют свое значение и сегодня. Следовательно, есть смысл вернуться к этой проблеме снова и попытаться ответить на вопросы, заданные историком, очертив временные и географические рамки эпидемии, и охарактеризовать ее последствия.

Санитарно-эпидемиологическую обстановку на северо-западе Русского государства середины XVI в. нельзя назвать благополучной. Начало 50-х годов запомнилось во Пскове и в Новгороде «Божьим посещением», принесшим массовую смертность. Первым мором был поражен осенью 1551 г. Псков. Всего за два месяца, октябрь и ноябрь, эпидемия унесла с собой 7,5 тыс. псковичей. Общее же число умерших от болезни в течение года неизвестный псковский книжник оценивал в 7,5 тыс., добавив к этому, что ему неизвестно, сколько умерло и было захоронено обычным порядком, не в братских могилах-скудельницах [14, с. 253]. Новгородские власти, напуганные размахом псковской эпидемии, попытались отгородиться от Пскова, потребовав в октябре 1551 г. от псковских купцов-гостей немедленно покинуть город, угрожая в противном случае сжечь их вместе с их товарами [15, с. 180]. Эти суровые карантинные меры, к сожалению, не помогли, эпидемия перекинулась и на Новгород. По сообщению Львовской летописи, за 2 года, 7061 и 7062 (1552—1553 и 1553—1554), на Псковщине и Новгородчине умерло от мора 500 тыс. человек [16, с. 538]. Цифра эта, безусловно, сильно преувеличена книжником (для достижения пущего эффекта), однако не подлежит сомнению, что урон,

понесенный русским Северо-Западом в эти два года, был весьма ощутимым. Можно также предположить, что эта эпидемия затронула не только Псков и Новгород, но дотянулась и до Москвы. Во всяком случае загадочная болезнь, от которой едва не умер Иван Грозный в 1553 г., может быть связана именно с этим «мором».

Последующее десятилетие было относительно спокойным. Летописцы не сообщают о каких-либо крупных, сопровождавшихся массовой смертностью эпидемиях ни в 50-х, ни в начале 60-х годов. Мор бушует в Крыму, в Ногайской Орде, но минует стороной Русскую землю. Это затишье продолжалось недолго. Псковский летописец сообщал своим читателям, что в 1564 г. в городе разразилась эпидемия и «бысть мор, и много людей мерло и дети боярских...» [14, с. 244]. Похоже, что эта болезнь была связана с той волной моровой язвы, которая прокатилась по Западной Европе в 1564—1566 гг. Завезенная в Европу из Венгрии, где шла война с турками, чума затронула Испанию, Францию, Англию, Швейцарию и Германию, а оттуда перекинулась в Польшу и Литву. Польский хронист М. Стрыйковский объяснял неудачу предпринятого осенью 1564 г. литовским наивысшим гетманом Н. Радзивиллом Рыжим похода на Полоцк тем, что из-за моровой язвы, поразившей Великое княжество Литовское, оказалось невозможным доставить осадный парк из Вильно под Полоцк [17, с. 414] и гетман был вынужден, не имея тяжелой артиллерии, отступить. Ответный ход русских последовал в скором времени, и русские полки в ноябре того же года осадили и взяли литовскую крепость Озерища. Нельзя исключить того, что вместе со взятыми пленными болезнь попала в Полоцк, где и развернулась в полную силу спустя некоторое время. «Того же лета (7064 или 1565/1566), то же осени, был мор в Полоцку, много людей вымерло, а архиепископ Трифон преставися полоцкою, и был мор о Николина дни до осеняго (до 6 декабря.— Авт.), да престал», — записал псковский летописец [14, с. 248].

Эта трагедия стала своеобразной прелюдией к еще более страшной и опустошительной эпидемии. По весне следующего, 1566 г., мор перекинулся на Озерища, занятые русским гарнизоном. «И вымерло много, мало осталось», — сообщал своим читателям неизвестный псковский книжник, добавляя к этому, что из Озерищ «прииде мор в Луки и в Торопец и в Смоленско и по многим местом гнев божий был велик» [14, с. 248]. Лебедевская летопись добавляла к этому известию, что «на Невле, на Луках Великих, в Торопце, и многие люди знаменем умирали; в Полотцку же и в Торопце на посадах и в уезде попы вымерли и не было кому и мертвых погребати; а посылаемы попы в те города из ыных городов...» [18, с. 252]. В сентябре 1566 г. эпидемия объявилась уже по всему пограничью — от Новгорода до Смоленска. Сперва в Москву к Ивану Грозному прибыло известие, что «Сентября в 1 день в Можайску на Добрейском яму явилось лихое поветрее: умирали люди знаменем» [19, с. 404]. Прошло еще несколько дней,

и в столицу пришла новая дурная весть: мор объявился в Новгороде: «Того же месяца Сентября в 10 день писал к государю царю и великому князю Ивану Васильевичу всея Руси из Великого Новгорода Пимин архиепископ Великого Новгорода и Пскова, что в Великом Новгороде появилось лихое поветрие на посаде на штинадцати улицах, многие люди умирают знаменем». Вслед за Новгородом эпидемия объявилась в Смоленске: «...писали из Смоленска владыка Семион да боярин Петр Васильевич Морозов с товарищи, что Сентября месяца появилось лихое поветрие, в городе в Смоленску и на посаде, умирают многие люди знаменем» [19, с. 404].

Из этих летописных известий (а они были основаны, как видно из текста, на подлинных воеводских «отписках» с мест) хорошо видно, где и когда началась эпидемия, какие города и уезды были ею затронуты в первую очередь и куда она двинулась дальше. Последствия этой, как оказалось позднее, первой волны эпидемии были очень сильны. В Смоленске, если верить летописцу, поветрие длилось до марта месяца следующего года, и, как отмечал он, «таково же Божие посещение было в городе и на посаде, что вымерли от священнического и иноческого чину и посадские люди з женами и з детьми и боярские люди, безчисленно их померло, и многие дома затворились и церкви многие без пения были; также и в уезде поветрее было немало» [19, с. 404]. Если верить составителю Вологодской летописи, то в Смоленске тогда вымерло больше половины населения [20, с. 173]. В Новгороде мор бушевал 8 месяцев, утихнув лишь к 1 мая следующего года, нанес огромный урон, и данные писцовых книг позволяют представить размеры его. Так, в самом Новгороде, на Софийской стороне, в 7075 (1566—1567) г. запустело 45 дворов из 196, оставшихся без хозяев с 7060 по 7084 г. (подсчитано автором по [21]). В составленной в 7081 (1572—1573) г. писцовой же книге дворцового села Паозерье с деревнями, которое находилось в новгородской Шелонской пятине, было отмечено что за два десятка лет здесь запустело 136 деревень. При этом составители писцовой книги, указывая причины, по которым была брошена та или иная деревенька, отметили, что 53 запустели от мора, причем 34 из них — именно в 7075 (1566—1567) г. (еще две были указаны как брошенные в том же 7075 г., но без указания причины; подсчитано автором по [22]).

Тревожные известия, поступавшие в Москву с «ливонской» и «литовской» «украин», побудили правительством Ивана Грозного принять жесткие карантинные меры по пресечению дальнейшего распространения эпидемии: «Государь царь и великий князь заставу и сторожу велел кругом того места учинити крепкую, и с тех мест никаких людей в Москве и в Московские города пропускати не велел» [19, с. 404]. Эти меры, похоже, дали результат, и в следующем, 7076 г., болезнь начала убывать. Старец Иосифо-Волоколамского монастыря Игнатий Зайцев зафиксировал это в своем летописчике: «Лета 7076 был мор да не велик» [22, 23]. Однако надежды на то, что эпидемия пошла на спад, оказались тщет-

ны, затишье 1567—1568 гг. оказалось затишьем перед новой бурей.

Вторая волна болезни пришлась на 7077 г. Игнатий Зайцев, продолжая в своей келье фиксировать важнейшие, на его взгляд, события, записал, что в этом году «на Москве и по многим городом мор был велик. В Иосифе монастыре преставились 53 браты да слуг и детей и швальей много вымерло» [21, 23]. Не прекратилось моровое поветрие и в следующем, 7078 (1569—1570) г. Другой монах, соловецкий старец Петр Ловушка, под этим годом в своем летописце отметил, что «того же году был мор великой во всю землю Рускую» [24, с. 236]. Судя по тому что в Новгороде, на Софийской стороне, в этом году запустело 40 дворов (против 45 тремя годами ранее; подсчитано автором по [21]), размах и смертоносность эпидемии во время второй волны болезни были лишь немногим меньше, чем в первую волну. Не исключено, что от болезни скончались в этом году и две жены Ивана Грозного — Мария Темрюковна и Марфа Собакина.

Третья волна чумы началась в 7079 г., размах ее на этот раз, судя по сохранившимся свидетельствам современников, превзошел предыдущие две. Так, о масштабе эпидемии в Новгороде осенью 1570 г. наглядно свидетельствует летописная запись. Согласно ее сведениям, «сентября в 20 день в неделю за городом у Рожества Христова на Поле всем Новым Городом всими семи соборы отпевал умерших над скудельницею, и загребли скудельницу, а душ в той скудельнице 10 тысяч...» [15, с. 159, 196]. Сильный удар чумы испытала на себе и столица Русского государства. По словам немецкого авантюриста А. Шлихтинга, летом-осенью 1570 г. в ней ежедневно умирало от болезни по 600, а то и больше, до 1 тыс., человек [25, с. 375]. Другой немец, Г. Штаден, позднее писал о том, что для захоронения умерших от эпидемии по указанию московских градских властей «вокруг города Москвы в поле вырыли большие канавы и скидывали туда мертвых без гробов — 200, 300, 400, 500 — в одну кучу» [26, с. 123]. О размерах потерь в Москве от эпидемии косвенно говорят цифры переселенных по царскому указу в столицу новгородцев и псковичей: первых было полтора ста семей, вторых — пятьсот [15, с. 205]. Если для восполнения потерь среди столичной торговой элиты потребовалось переселить в город 650 семей из двух крупнейших городов русского Северо-Запада (не исключено, что этим массовым переселением дело не ограничилось), то можно представить, насколько велики были потери среди московского «черного» люда.

Серьезный урон понесли и другие города и уезды России. Так, в Устюге, согласно летописи, в 7079 г. «от прыща и железы» «на посаде померло, скажут, 12 000, опроче прихожих» [27, с. 103]. Монахи Троице-Сергиевой лавры жаловались Ивану Грозному в марте 1571 г., что в их вотчинах «крестьяня от глада и от поветрея вымерли», и осталось тех крестьян «во всей Троецкой вотчине... ни трицатого жеребья» [28, с. 160].

О размахе эпидемии, поразившей большую часть территории Русского государства, свидетельствуют и материалы дипломатической переписки. Так, в крымских посольских делах сохранилась запись слов сына боярского Кудеяра Тишенкова, перебежавшего на сторону крымского хана. В мае 1571 г. Тишенков заявил Девлет-Гирею I, что «на Москве и во всех московских городех *по два года была меженина великая и мор великой* (т. е. начиная с 1569 г.— Авт.), и мором де и межениною служивые многие люди и чернь в городех на посадах и в уездех вымерли», а потому хан со своим воинством может безбоязненно идти на русскую столицу [29, с. 76].

Пытаясь уменьшить размах морового поветрия и сократить смертность от болезни, правительство Ивана Грозного предпринимает жесткие карантинные меры. В том же Новгороде по приказу властей «поставили заставу по улицам и сторожей, в которой улице человек умрет знаменем и те дворы запирали и с людьми и корьмили тех людеи улицею». При этом было строжайшим образом запрещено священникам тех людей «покаивати», в противном же случае, если кто-то из них нарушил бы это запрет, «ино тех священников велели жещи с теми же людьми з болными». Умерших же от болезни было приказано не погребать на церковных кладбищах в городе, но «из Новагорода вынести вон за город в деревню на Водопьянова за шесть верст по Волхово вниз, Спасского монастыря Хутынского не доеждаючи за версту» [15, с. 159].

О характере карантинных мер можно судить также из переписки Ивана Грозного с костромскими воеводами князем М. Ф. Гвоздевым и братьями Дмитрием и Даниилом Салтыковыми. Отправив их в начале 7080 г. в Кострому на годованье, царь в лично продиктованной грамоте, адресованной воеводам, требовал от них отчета в том, какие меры они предприняли для прекращения распространения заболевания в городе и предоставления в столицу соответствующей статистики. «И как к вам ся наша грамота придет и вы б отписали подлинно,— отписывал царь своим костромским наместникам,— наборзе: ужли на Костроме, на посаде и в уезде от поветрея тишает, и сколь давно, и с которова дни перестало тишать?» Если же оказывалось, что эпидемия и не думала затихать, царским указом им предписывалось продолжить жесткие карантинные меры, порядок которых был также подробно расписан в грамоте: «А буде от поветрея не тишеять, и вы б однолично поветренныя места велели крепить засеками и сторожами частыми, по первому нашему указу. И сами бы, естя, обереглись того накрепко, чтобы из поветренных мест в неповетренные места не ездили ништо, никакое человек, никоторыми делы». В противном случае, ежели воеводы не исполнят свои обязанности, Иван угрожал им жестоким наказанием: «А будет в вашем небрежении и рознью ис поветренных мест на здоровые места нанесет поветрия и вам быть от нас самим сожжеными» [30, с. 429]. Кстати, судя по царской грамоте, датируемой 22 октября 1571 г., воеводы отписали спустя несколько дней в Москву, что в Костроме «поветрие мало тишеет, да и в Костромском уезде поветрее

ест же», на что царь приказал им не снимать карантин и продолжать запирасть дворы с заболевшими [31, с. 267].

Начавшись осенью 1565 г., моровое поветрие, занесенное в Русское государство, видимо, из Великого княжества Литовского, сперва затронуло города и уезды, расположенные по литовской и немецкой «украинам» — вдоль границы с Литвой и Ливонией. Первыми под удар эпидемии попали Смоленск, Полоцк, Новгород и соседние с ними города северо-запада России. Принятые властями жесткие карантинные меры, казалось, возымели действие, и осенью 1567 г. болезнь пошла на спад. Однако осенью 1568 г. началась вторая, а за ней, осенью 1570 г., третья волна чумы (в том, что это была именно чума, причем в бубонной форме, мы не сомневаемся). Преодолев карантинные заграждения, болезнь быстро распространилась практически по всей территории Русского государства и продолжала бушевать до поздней осени — зимы 1571—1572 гг., после чего прекратилась (во всяком случае, сохранившиеся источники ничего не говорят о ее продолжении в 1572 г.).

Каковы были ее последствия? Можно предположить, что чума и следовавший за нею голод истребили в разных местностях от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{4}$ населения, причем города пострадали сильнее, чем сельская местность [4, с. 180]. Мор и голод, действуя рука об руку, вогнали экономику сначала русского Северо-Запада и запада, а затем и центральных уездов страны в глубокий кризис, за которым последовала долгая депрессия. Стоит согласиться с мнением Е. И. Колычевой, которая писала, что «эпидемия изменила половозрастной состав населения, породила большое количество неполных и бездетных семей, нарушила родственно-соседские связи в деревне и тем самым привела к деформации общины». И далее она продолжала, что «неполная семья, лишенная частично или полностью взрослых мужских рук и помощи соседей, была не в состоянии распахать надел в прежнем объеме», а «наиболее молодые и сильные, не обремененные детьми, уходят в другие края, за пределы уезда». В результате «нарушение нормального воспроизводства населения привело к тому, что *нарастание экономического кризиса на какой-то период стало необратимым* (курсив наш.— Авт.) [4, с. 187]. Подорванная войной, эпидемией и голодом экономика страны уже не могла и дальше снабжать власти необходимыми ресурсами и средствами для продолжения активной и успешной внешней политики, что в итоге и привело к неудачному завершению войны на западном и северо-западном направлениях, известной под названием Ливонской.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Тоффлер Э. Третья волна. М.: АСТ; 2004. 781 с.
2. Гумилев Л. Н. Этногенез и биосфера Земли. М.: Айрис-пресс; Рольф; 2001. С. 560.
3. Леви Стросс К. Неприрученная мысль. Тотемизм сегодня. М.: Академический проект; 2008. С. 143—501.

REFERENCES

- Kolycheva E. I. *Agrarian system of Russia XVI century*. M.: Nauka; 1987. 229 p.
- Sokolovskij P. A. *Economic life of the agricultural population of Russia and the colonization of the southeastern steppes before serfdom*. SPb.: Tip. F. S. Sushchinskogo; 1878.
- Yanicckij O. N. *Economic crisis in Novgorodskaya oblast' XVI century (by pisцовым книгам)*. Kiev: Tipografiya Imperatorskogo Universiteta Sv. Vladimira; 1915. 131 p.
- Grekov B. D. *Peasants in Russia from ancient times to the XVII century*. Kn. 2. M.: AN SSSR; 1954. 470 p.
- Zimin A. A. «Хозяйственный кризис» 60—70-х годов XVI в. и русское крестьянство В кн.: *Материалы по истории сельского хозяйства и крестьянства СССР*. Т. V. М.; 1962.
- Kashtanov S. M. *On the study of the oprichnina of Ivan the Terrible*. *Istoriya SSSR*. 1963;(2):96—117.
- Ekkerman V. *Materials for the history of medicine in Russia (History of epidemics X—XVIII centuries)*. Kazan': tipografiya V. M. Klyuchnikova; 1884. 55 p.
- Dyorbek F. A. *History of plague epidemics in Russia from the founding of the state to the present*. SPb.: Tipografiya Ya. Trej; 1905. 385 p.
- Vasil'ev K. G., Segal A. E. *History of epidemics in Russia (Materials and essays)*. M.: Gos. izd-vo medicinskoj literatury; 1960. 397 p.
- Supotnickij M. V., Supotnickaja N. S. *Essays on the history of the plague*. In 2 books. Kn. 1. *Plague of the pre-bacteriological period*. M.: Vuzovskaya kniga; 2006. 468 p.
- Pskovskaya 3-ya letopis'. *Complete collection of Russian chronicles*. Т. V. Вып. 2. М.: Языки русской культуры; 2000. С. 78—250.
- Novgorodskaya vtoraja letopis'. *Complete collection of Russian chronicles*. Т. XXX. М.: Рукописные памятники древней Руси; 2009. С. 147—205.
- L'vovskaya letopis'. В кн.: *Complete collection of Russian chronicles*. Т. XX. М.: Языки славянских культур; 2005. 704 p.
- Strykowski M. *Kronika Polska, Litewska, Zmudzka i wszyskiej Rusi*. Т. II. Warszawa; 1846.
- Lebedevskaya letopis'. В кн.: *Complete collection of Russian chronicles*. Т. XXIX. М.: Знак; 2009. С. 224—314.
- Дополнения к Никоновской летописи. В кн.: *Complete collection of Russian chronicles*. Т. XIII. М.: Языки русской культуры; 2000. С. 303—408.
- Vologodskaya letopis'. В кн.: *Complete collection of Russian chronicles*. Т. 37. Л.: Наука; 1982. С. 160—93.
- Dozornaya kniga Sofijskoj storony Velikogo Novgoroda dozora knyazja Vasiliya Kropotkina 1586 g. *Collection of documents*. SPb.: Dmitriy Bulanin; 2001. С. 55—117.
- Pisцовая книга дворцового села Паозерья с деревнями письма и меры Образца Баракова и подьячего Быка Михайлова 7081 (1572—73) г. *Pisцовые книги Новгородской земли*. Т. 6. М.: Памятники исторической мысли; 2009. 382 с.
- Zimin A. A. *Historical archive*. Т. V. М.—Л.; 1950.
- Koreckij V. I. *Chronicle of the end of XVI century*. М.; 1981. С. 223—43.
- Шлихтинг А. *News from Moscow, communicated by the nobleman Albert Schlichting, on the life and tyranny of Ivan the Terrible*. Рейнгольд Гейденштейн. Записки о Московской войне (1578—1582). Альберт Шлихтинг. Новое известие о России времени Ивана Грозного. Генрих Штаден. О Москве Ивана Грозного. Рязань: Александрия; 2005. С. 375—8.
- Штаден Г. *Notes on Moscow*. Т. I. М.: Древлекхранилище; 2008. 582 с.
- Ust'juzskaya letopis'. *Complete collection of Russian chronicles*. Т. 37. Л.: Наука; 1982. С. 17—103.
- Сборник князя Хилкова. SPb.: Тип. Бр. Пантелеевых; 1879. 631 с.
- Posolskaya kniga po svyazam Moskovskogo gosudarstva s Krymom 1571—1577 гг. М.: Изд. дом Марджани; 2016. 400 с.
- Al'biy D. N. *Unknown letters of Ivan the Terrible*. Труды отдела древнерусской литературы. Т. XII. М.—Л.: Изд-во АН СССР; 1956. С. 427—30.
- Kobrin V. B. *New tsar's charter of 1571 on the fight against the plague*. Труды отдела древнерусской литературы. Т. XIV. М.—Л.: Изд-во АН СССР; 1958. С. 266—7.
- Toffler E. *The third wave* [Tret'ya volna]. Moscow: AST; 2004. 781 p. (in Russian).
- Gumilev L. N. *Ethnogenesis and the biosphere of the Earth* [Etnogenez i biosfera Zemli]. Moscow: Ajris-press; Rol'f; 2001. P. 560 (in Russian).
- Levi Stross K. *Untamed thought. Totemism today* [Nepriuchennaya mysl' Totemizm segodnya]. Moscow: Akademicheskij proekt; 2008. P. 143—501 (in Russian).
- Kolycheva E. I. *Agrarian system of Russia in the XVI century* [Agrarnyj stroj Rossii XVI veka]. Moscow: Nauka; 1987. 229 p. (in Russian).
- Sokolovskij P. A. *Economic life of the agricultural population of Russia and the colonization of the southeastern steppes before serfdom* [Ekonomicheskij byt zemledel'cheskogo naseleniya Rossii i kolonizaciya yugovostochnyh stepej pred krepostnym pravom]. St. Petersburg: Tip. F. S. Sushchinskogo; 1878 (in Russian).
- Yanicckij O. N. *Economic crisis in the Novgorod region of the XVI century (according to scribes)* [Ekonomicheskij krizis v Novgorodskoj oblasti XVI veka (po pisцовым книгам)]. Kiev: Tipografiya Imperatorskogo Universiteta Sv. Vladimira; 1915. 131 p. (in Russian).
- Grekov B. D. *Peasants in Russia from ancient times to the XVII century* [Krest'yanse na Rusi s drevnejshih vremen do XVII veka]. Book 2. Moscow: AN SSSR; 1954. 470 p. (in Russian).
- Zimin A. A. «The economic crisis» of the 60s — 70s of the 16th century and the Russian peasantry. In: *Materials on the history of agriculture and peasantry of the USSR* [Materialy po istorii sel'skogo hozjajstva i krest'yanstva SSSR]. Vol. V. Moscow; 1962 (in Russian).
- Kashtanov S. M. *To the study of the oprichnina of Ivan the Terrible*. *Istoriya SSSR*. 1963;(2):96—117 (in Russian).
- Ekkerman V. *Materials for the history of medicine in Russia (History of epidemics of the X—XVIII centuries)* [Materialy dlya istorii mediciny v Rossii (Istoriya epidemij X—XVIII v.)]. Kazan': Tipografiya V. M. Klyuchnikova; 1884. 55 p. (in Russian).
- Dyorbek F. A. *History of plague epidemics in Russia from the founding of the state to the present* [Istoriya chumnyh epidemij v Rossii ot osnovaniya gosudarstva do nastoyashchego vremeni]. St. Petersburg: Tipografiya Ya. Trej; 1905. 385 p. (in Russian).
- Vasil'ev K. G., Segal A. E. *History of epidemics in Russia (Materials and essays)* [Istoriya epidemij v Rossii (Materialy i ocherki)]. Moscow: Gos. izd-vo medicinskoj literatury; 1960. 397 p. (in Russian).
- Supotnickij M. V., Supotnickaja N. S. *Essays on the history of the plague*. In 2 books. Book 1. *Plague of the pre-bacteriological period* [Ocherki istorii chumy. V 2-h kn. Kn. 1. Chuma dobakteriologicheskogo perioda]. Moscow: Vuzovskaya kniga; 2006. 468 p. (in Russian).
- Pskov 3rd Chronicle. In: *Complete collection of Russian chronicles* [Polnoe sobranie russkih letopisej]. Vol. V. Is. 2. Moscow: Yazyki russkoj kul'tury; 2000. P. 78—250 (in Russian).
- Novgorod second chronicle. In: *Complete collection of Russian chronicles* [Polnoe sobranie russkih letopisej]. Vol. XXX. Moscow: Rukopisnye pamyatniki drevnej Rusi; 2009. P. 147—205 (in Russian).
- L'viv Chronicle. In: *Complete collection of Russian chronicles* [Polnoe sobranie russkih letopisej]. Vol. XX. Moscow: Yazyki slavyanskih kul'tur; 2005. P. 704 (in Russian).
- Strykowski M. *Kronika Polska, Litewska, Zmudzka i wszyskiej Rusi*. Vol. II. Warszawa; 1846 (in Polish).
- Lebedev Chronicle. *Complete collection of Russian chronicles* [Polnoe sobranie russkih letopisej]. Vol. XXIX. Moscow: Znaki; 2009. P. 224—314 (in Russian).
- Additions to the Nikon Chronicle. In: *Complete collection of Russian chronicles* [Polnoe sobranie russkih letopisej]. Vol. XIII. Moscow: Yazyki russkoj kul'tury; 2000. P. 303—408 (in Russian).
- Vologda Chronicle. In: *Complete collection of Russian chronicles* [Polnoe sobranie russkih letopisej]. Vol. 37. Leningrad: Nauka; 1982. P. 160—93 (in Russian).
- The patrol book of the Sofia side of Veliky Novgorod, the patrol of Prince Vasily Kropotkin 1586 Veliky Novgorod in the second half of the 16th century. *Collection of documents* [Dozornaya kniga Sofijskoj storony Velikogo Novgoroda dozora knyazja Vasiliya Kropotkina 1586 g. Velikij Novgorod vo vtoroj polovine XVI v. Sbornik dokumentov]. St. Petersburg: Dmitriy Bulanin; 2001. P. 55—117 (in Russian).
- Scribe book of the palace village of Paozerye with the villages of writing and measures of Sample Barakov and clerk Bull Mikhailov 7081 (1572—73). *Scribes of the Novgorod land*. Vol. 6. *Scribe books of the Shelonskaya pyatina of the 16th century* [Pisцовaya kniga dvorcovogo sela Paozer'ya s derevnyami pis'ma i mery Obrazca Barakova i pod'yachego Byka Mihajlova 7081 (1572/73) g. Pisцовые книги Новгородской

История медицины

- zemli. T. 6. *Piscovye knigi Shelonskoj pyatiny XVI veka*. Moscow: Pamyatniki istoricheskoj mysli; 2009. 382 p. (in Russian).
23. Zimin A. A. Chronicler Ignatius Zaitsev. Brief chroniclers of the XV—XVI centuries. Historical archive [*Letopischik Ignatiya Zajceva. Kratkie letopiscy XV—XVI vv. Istoricheskij arhiv*]. Vol. V. Moscow—Leningrad; 1950 (in Russian).
 24. Koreckij V. I. Solovetsky chronicler of the end of the XVI century. Chronicles and chronicles [*Soloveckij letopisc konca XVI v. Letopisi i hroniki*]. Moscow: 1981. P. 223—43 (in Russian).
 25. Schlichting A. News from Muscovy, reported by the nobleman Albert Schlichting, about the life and tyranny of Tsar Ivan. Reingold Heydenstein. Notes on the Moscow War (1578—1582). Albert Schlichting. New news about Russia in the time of Ivan the Terrible. Heinrich Staden. About Moscow Ivan the Terrible [*Shlihting A. Novosti iz Moskovii, soobshchennye dvoryaninom Al'bertom Shlihtingom, o zhizni i tiranii gosudarya Ivana. Rejngol'd Gejdenshtejn. Zapiski o Moskovskoj vojne (1578—1582). Al'bert Shlihting. Novoe izvestie o Rossii vremeni Ivana Groznogo. Genrih Shtaden. O Moskve Ivana Groznogo*]. Ryazan': Aleksandriya; 2005. P. 375—8 (in Russian).
 26. Shtaden G. Notes on Muscovy [*Zapiski o Moskovii*]. Vol. I. Moscow: Drevlekhranilishche; 2008. 582 p. (in Russian).
 27. Ustyug Chronicle. In: Complete collection of Russian chronicles [*Polnoe sobranie russkih letopisej*]. Vol. 37. Leningrad: Nauka; 1982. P. 17—103 (in Russian).
 28. Collection of Prince Khilkov [*Sbornik knyazya Hil'kova*]. St. Petersburg: Tip. Br. Panteleevyh; 1879. 631 p. (in Russian).
 29. Ambassadorial book on the ties of the Moscow state with the Crimea 1571—1577 [*Posol'skaya kniga po svyazyam Moskovskogo gosudarstva s Krymom 1571—1577 gg.*]. Moscow: Izd. dom Mardzhani; 2016. 400 p. (in Russian).
 30. Al'shic D. N. Unknown messages of Ivan the Terrible. In: Proceedings of the Department of Old Russian Literature [*Trudy otdela drevnerusskoj literatury*]. Vol. XII. Moscow—Leningrad: Izd-vo AN SSSR; 1956. P. 427—30 (in Russian).
 31. Kobrin V. B. New tsarist charter of 1571 on the fight against the plague. In: Proceedings of the Department of Old Russian Literature [*Trudy otdela drevnerusskoj literatury*]. Vol. XIV. Moscow—Leningrad: Izd-vo AN SSSR; 1958. P. 266—7 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2021

УДК 614.2

Сугрובה Ю. Ю.¹, Кутя С. А.¹, Данилина Н. И.², Принцева Н. Ю.¹, Мороз Г. А.¹, Сугробов В. М.¹

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА АМАТУСА ЛУЗИТАНСКОГО

¹ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», 295051, г. Симферополь;²ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Минздрава России, 410012, г. Саратов

Авторы настоящего исследования отыскали в анналах истории и впервые перевели на русский язык «Клятву» португальского врача Аматуса Лузитанского (1511—1568), представляющую собой своего рода кодекс чести европейского врача XVI в., впитавшего этические нормы Гиппократова, а также определившего свои собственные правила врачевания.

Исследователи утверждают, что этические принципы Аматуса сродни Гиппократовым и по семи пунктам находятся в параллельных позициях. Однако «Клятва» А. Лузитанского содержит в себе и другие аспекты медицинской этики, которые были полностью органичны самой личности автора и отличались смелостью и новизной для того времени: вознаграждение врача за его труд, вопрос о трудностях и лишениях, выпадающих представителям медицинской профессии, тема возвеличивания и прославления врача, вопрос медицинской толерантности.

Аматуса Лузитанского авторы считают предтечей зарождения толерантности в европейской медицинской этике, которую он предвосхитил своей «Клятвой».

Ключевые слова: история медицины; медицинская этика; этические коды; Аматус Лузитанский

Для цитирования: Сугрובה Ю. Ю., Кутя С. А., Данилина Н. И., Принцева Н. Ю., Мороз Г. А., Сугробов В. М. Медицинская этика Аматуса Лузитанского. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):180—184. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-180-184>

Для корреспонденции: Кутя Сергей Анатольевич, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой нормальной анатомии Крымского федерального университета им. В. И. Вернадского, e-mail: sergei_kutya@mail.ru

Sugrobova Yu. Yu.¹, Kutia S. A.¹, Danilina N. I.², Printseva N. Yu.¹, Moroz G. A.¹, Sugrobov V. M.¹

THE MEDICAL ETHICS OF AMATUS LUSITANUS

¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The V. I. Vernadsky Crimean Federal University», 295051, Simferopol, Russia;²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The V. I. Razumovsky Saratov State Medical University» of Minzdrav of Russia, 410012, Saratov, Russia

The authors of this study discovered in annals of history the “Oath” of the Portuguese physician Amatus Lusitanus (1511—1568) and translated it into Russian for the first time. The mentioned historical document represents a sort of Code of Honor of European physician of XVI century that both took in ethical norms of Hippocrates and determined one’s own rules of doctoring.

The ethical principles of Amatus are akin Hippocrates’ ones and they are in parallel on seven positions. However, the “Oath” of A. Lusitanus also includes other aspects of medical ethics that are completely organic to the very personality of author and distinguish themselves by courage and novelty for its time. To mention reward of physician for one’s labor, difficulties and hardships falling on representatives of medical profession, theme of glorification and exaltation of physician and and medical tolerance. Amatus Lusitanus can be considered as a precursor of initiation of tolerance in European medical ethics that he anticipated with his “Oath”.

Keywords: history of medicine; medical ethics; code of ethics; Amatus Lusitanus.

For citation: Sugrobova Yu. Yu., Kutia S. A., Danilina N. I., Printseva N. Yu., Moroz G. A., Sugrobov V. M. The medical ethics of Amatus Lusitanus. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsini*. 2021;29(1):180—184 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-180-184>

For correspondence: Kutia S. A., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Chair of Normal Anatomy of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The V. I. Vernadsky Crimean Federal University». e-mail: sergei_kutya@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 03.07.2020

Accepted 03.09.2020

Европейская культура в своем развитии впитала Античность, Средневековье, Ренессанс, периоды Нового и Новейшего времени, тем самым обозначив различные христианские истоки как сердцевину своего духовного обновления. При этом в развитии медицинской этики, несмотря на доминирование в позднем Средневековье христианских основ, необходимо констатировать и наличие иудейских открытий.

Актуальность исследования данной темы непрекаема сегодня, в эпоху системных межкультурных, межнациональных конфликтов и кризисов, биогене-

тических опасностей и экологических катастроф. Их последствия угрожают многим странам и народам, являют собой глобальные опасности для человечества, снять и обезвредить которые могут и должны наука и ученые.

Сегодня медицина по праву именуется «первой наукой о человеке», так как именно с медицинского познания человека начинается исследование великих тайн. На свете нет, пожалуй, ни одного человека, который хотя бы раз не обратился за медицинской помощью. Жизнь и здоровье людей зачастую зависят от компетентности и профессионализма специа-

История медицины

листов, которые призваны излечивать человека от физических и психических недугов, видя в нем единство природного (физиологического), общественно-го и духовного начал. «Я убежден, — писал знаменитый физиолог И. П. Павлов, — что приближается важный этап человеческой мысли, когда физиологическое и психологическое, объективное и субъективное действительно сольются, когда фактически разрешится или отпадет естественным путем мучительное противоречие или противопоставление моего сознания моему телу» [1].

Медицина — особая форма единства фундаментальных и прикладных естественных наук. При этом медицина взаимодействует не с определенным веществом или какой-либо информацией, а с живым человеком — духовным, нравственным по своей сути субъектом.

Нравственность выступает маркером человеческих отношений. Слово *ethicon* (этика) имеет греческую этимологию в значении теории о нравственности, непререкаемых мнений о смысле и функциях морали. Современные ученые утверждают, что «индивиды и культуры не очень глубоко различаются в отношении того, что они считают конечными этическими ценностями» [2]. К вечным этическим категориям относятся сочувствие и помощь, милосердие и забота — то, что стало смыслообразующим единого понятия морали в медицинской профессии.

Медицинская этика, пройдя долгий путь становления и развития, сегодня оформилась в нескольких моделях своего функционирования: Гиппократовой модели с призывом «не навреди», модели Парацельса с призывом «делай добро», деонтологической модели с призывом «соблюдение долга», связанной с именем английского врача Т. Персиваля и отечественных медиков М. Мудрова, Н. Пирогова, С. Боткина, И. Павлова и др., и в виде современной модели биоэтики, исходящей от немецкого ученого Ф. Яра и американского онколога и биохимика В. Поттера, с основополагающим принципом «уважения прав и достоинств человека» — соблюдения прав и свобод пациента как личности.

Вне зависимости от того, в какой части света работает врач или в каком регионе проживает пациент, а также от их этнических, религиозных и конфессиональных различий, от всевозможных пространственных и временных границ ценностные доминанты жизни и милосердия едины для всего человечества. Поэтому особенностью морали в медицинской профессии является ее всеобщий, универсальный характер, и определить ее необходимо как системные обязательства врача перед пациентом, нуждающимся в медицинской помощи.

Несмотря на некоторые различия клятв врачей разных стран мира: где-то преобладают общечеловеческие ценности, где-то национальные или религиозные ценности, ключевые принципы в них остаются традиционно единые — служение людям и преданность идеалам гуманизма.

Авторы настоящей работы отыскивали в анналах истории и впервые перевели на русский язык «Клят-

ву Амагуса Лузитанского», представляющую собой свод моральных принципов, своего рода кодекс чести европейского врача XVI в., впитавшего этические нормы Гиппократовы, а также определяющего свои собственные правила врачевания. Она размещена в конце главного труда жизни Амагуса Лузитанского «Центурии».

«Клятва Амагуса»

Клянусь бессмертным богом и десятью его священных заповедями, которые даны были на горе Синай через пророка Моисея народу, освобожденному от египетского рабства, что я в своей врачебной деятельности никогда не проводил и не провожу ничего кроме того, что передается потомкам как безупречная истина; я ничего не выдумывал, ничего не прибавлял и не искажал ради награды, но всегда стремился только к тому, чтобы человечество получило пользу; я никого не хвалил и не осуждал, стараюсь быть снисходительным к частным переживаниям, если того не требовало стремление к истине. Если я лгу, да падет на меня гнев Господа и архангела его Рафаила и да не будет мне никакого успеха во врачебном искусстве. О плате, которая обычно дается врачам, я не очень заботился, многих лечил не только старательно, но и безвозмездно; некоторые вознаграждения, которые многие предлагали, я великодушно и непреклонно отвергал; более следил за тем, чтобы моим трудом или старанием больные вновь обрели утраченное здоровье, чем за тем, чтобы от их подношений я сам сделался богаче на несколько грошей; я всегда одинаково относился к людям любого вероисповедания, будь то евреи, христиане или арабы, что касается званий, то о них я совсем не заботился, проявляя одинаковое усердие в лечении как бедняков, так и рожденных в знатности; я никогда не продлевал болезнь; в прогнозах я всегда говорил то, что думал; я не покровительствовал чрезмерно никому из аптекарей, разве что тем, пожалуй, о ком знал, что они превосходят прочих и опытностью в своем деле, и добросовестностью; при назначении лекарств я всегда соблюдал надлежащую меру, смотря по тому, каков был случай больного; я никому не открывал вверенных мне тайн; я никому не давал смертоносного питья; с моей помощью не сделала аборт никакая мать семейства; ни в каком доме, где я лечил, мною не было совершено ничего постыдного; одним словом, я не сделал ничего такого, что могло бы считаться недостойным известного и славного врача. Я всегда принимал за образец для подражания Гиппократовы и Галена, отцов врачебного искусства, не пренебрегая при этом трудами никого из выдающихся врачей; в вопросах учения я действительно был настолько прилежен, что никакие сколь угодно тягостные хлопоты не могли отвлечь меня от чтения лучших авторов: ни утрата имущества, ни плавание по морю, ни постоянные перемены места жительства, ни даже изгнание, которое я, как подобает философу, перенес мужественно и непреклонно, исключительно благодаря собственной воле; учеников, которых до сего дня имел во множестве, я считал за

сыновей, учил их честно, побуждал становиться похожими на лучшие образцы; я издавал свои книги по медицине совсем не из тщеславия, но только стремясь к тому, чтобы позаботиться о здоровье людей. Достиг ли я этого, предоставляю судить другим. Во всяком случае, я всегда ставил перед собой эту цель и об этом были мои молитвы.

В Салониках, в 5319 году от сотворения мира» [3].

Для того чтобы осознать новизну и оригинальность документа, необходимо обратиться к биографическим данным, профессиональным достижениям и особенностям среды, в которой формировался Амагус как личность и как врач.

В 1492 г. указом правящей королевской четы Фердинанда II Арагонского и Изабеллы I Кастильской был принят Гранадский эдикт, или Эдикт об изгнании евреев из Испании. Данное решение обязывало в трехмесячный срок всех евреев либо покинуть пределы страны, либо креститься в христианстве. Евреи, будучи крайне убежденными иудаистами, бежали в Италию, Португалию, Османскую империю, страны Северной Африки. Изгнание стало для евреев национальной катастрофой. В условиях беззащитности перед различными преступными посягательствами, когда евреи стали вне закона, любая их деятельность — коммерческая, финансовая — была невозможна. Судьбу этих людей могло изменить только принятие христианства/крещение. Однако большинство евреев предпочли сохранить свою веру и эмигрировали из Испании. В труде немецкого историка и политика Фридриха фон Раумера «История Европы с конца 15 века» описаны ужасные факты, когда в Лиссабоне в 1506 г. один крещеный еврей рискнул усомниться в «чуде», вследствие чего он и еще 2000 крещеных и некрещеных евреев или даже христиан еврейской наружности были ограблены и убиты [4].

Именно в это время, 1511 г., в Португалии, в Капель-Бранко недалеко от города Коимбра родился Амагус Лузитанский. Предположительно, в раннем возрасте он был крещен в христианскую веру, но тайне воспитывался родителями как иудей. Таким образом, он был христианином лишь формально, а его полученное при крещении имя звучало как Иоганнес Родерикус (Родригес) де Каstellо Альбо (Хуан Родриго де Каstellо Бланко). Амагус Лузитанский обучался в университете города Саламанка, где и получил докторскую степень по медицине. Впоследствии он имел обширную практику в различных городах, в том числе в Лиссабоне. Из-за введения инквизиции в Португалии Амагусу, как и многим другим формальным христианам, пришлось покинуть свою родину и искать приют в другой стране. Сначала, в 1536 г., он останавливается в Антверпене, потом, наконец, принимает решение поселиться в Италии. В 1546 г. он приезжает в Феррару, откуда в 1547 г. переезжает в Анкону, а впоследствии в Рим. Однако его пребывание в этом городе также оказалось недолгим. Отношение папы Павла IV к формальным христианам затронуло и Амагуса: кроме

имущества, у него были конфискованы рукописи его трудов. Амагусу удалось спастись, переехав в Пезаро, где после долгих усилий ему вернули часть его работ. Затем он принимает приглашение от города Рагуза, где была еврейская община, и обосновывается там. Но и здесь ему не суждено было задержаться надолго. Уже в 1568 г. он уезжает в Фессалоники (ныне Салоники), где открыто возвращается к иудаизму. Здесь 21 января 1568 г. он умирает от чумы, беззаветно служа своей врачебной профессии [5—7].

Как врач Амагус имел отличную репутацию. Его услугами пользовались сильные мира сего, например римский папа Юлий III и его сестра Якоба дель Монте, а польский король настойчиво приглашал к себе в качестве лейб-медика. Его пациентами были и члены известных еврейских семей Яхъя, Хабиби, Наамиас, Бенвенисти, Сассон и Абарбанель. За помощью к нему обращались страждущие со всей Европы. Так, один еврей из Бруссы под Константинополем в поисках исцеления от многолетней болезни прибыл к Амагусу в Анкону. Несмотря на многолетние преследования со стороны инквизиции, он лечил многих представителей духовного сословия, прежде всего монахов августинского ордена [3]. Не гнушался Амагус оказывать помощь и беднякам.

Научные достижения Амагуса Лузитанского охватывают различные области исследований, он проявляет свой самостоятельный, оригинальный характер не только как практикующий врач, но и как выдающийся анатом своего времени, видный ботаник и, как мы выяснили, представитель науки этики — раздела философии, предметами исследования которой являются нравственность и мораль.

Его позиция — лечить людей, невзирая на религиозную принадлежность и вероисповедание, — была не просто его волеизъявлением, а глубоким убеждением и моральным принципом в профессии врача. И не случайно Амагус Лузитанский создает свою «Клятву».

Своими учителями Амагус откровенно в «Клятве» называет Гиппократ и Галена: «Я всегда принимал за образец для подражания Гиппократ и Галена, отцов врачебного искусства, не пренебрегая при этом трудами никого из выдающихся врачей...». Исходя из этого попробуем провести параллели клятв: Гиппократ (1) и А. Лузитанского (2).

Обе имеют идентичное начало — обращение к богам. При этом первая появилась во времена язычества и политеизма: «Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигиеей и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство...» [8], а вторая создана для монотеистического пространства позднего средневековья: «Клянусь бессмертным богом и десятью его священными заповедями, которые даны были на горе Синай через пророка Моисея народу, освобожденному от египетского рабства».

Весь последующий текст обеих клятв ориентирует читателя в противоположные времена действия: 1 — обращена в будущее время, 2 — ориентирует в

История медицины

прошедшее. Так, Гиппократова клятва представляет собой форму назидания, наказа, а клятва А. Лузитанского — своеобразный отчет о его нравственных принципах в осуществленной профессиональной деятельности врача. Этические нормы и правила врача, утверждаемые Аматусом, содержат параллели Гиппократовой клятве по всем требованиям, кроме запрета производить литотомию. Клятва Амата — своеобразный отчет самому Гиппократу. Перечислим эти параллели.

1. 1 — «Я направлю режим больных... воздерживаясь от причинения всякого вреда» [8]; 2 — «...следил за тем, чтобы моим трудом или старанием больные вновь обрели утраченное здоровье».

2. 1 — «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного» [8]; 2 — «...всегда стремился только к тому, чтобы человечество получило пользу».

3. 1 — «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла» [8]; 2 — «я никому не давал смертоносного питья», «я никогда не продлевал болезнь; в прогнозах я всегда говорил то, что думал».

4. 1 — «...я не вручу никакой женщине абортивного пессария» [8]; 2 — «с моей помощью не сделала аборт никакая мать семейства; ни в каком доме, где я лечил, мною не было совершено ничего постыдного».

5. 1 — «Что бы при лечении, — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной» [8]; 2 — «я никому не открывал вверенных мне тайн».

6. 1 — «искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвозмездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и все остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никакому другому» [8]; 2 — «учеников, которых до сего дня имел во множестве, я считал за сыновей, учил их честно, побуждал становиться похожими на лучшие образцы».

7. 1 — «Чисто и непорочно буду проводить я свою жизнь и свое искусство» [8]; 2 — «я не сделал ничего такого, что могло бы считаться недостойным известного и славного врача».

Однако клятва А. Лузитанского содержит в себе еще и другие аспекты медицинской этики, которые не имели места в Гиппократовой клятве, но были абсолютно органичны самой личности автора и отличались смелостью и новизной для того времени.

Во-первых, это тема постоянного профессионального самосовершенствования: «...в вопросах учения я действительно был настолько прилежен, что никакие сколь угодно тягостные хлопоты не могли отвлечь меня от чтения лучших авторов: ни утрата имущества, ни плавание по морю, ни постоянные перемены места жительства, ни даже изгнание, которое я, как подобает философу, перенес мужественно

и непреклонно, исключительно благодаря собственной воле».

Во-вторых, это тема распространения медицинских знаний: «...я издавал свои книги по медицине совсем не из тщеславия, но только стремясь к тому, чтобы позаботиться о здоровье людей».

Обе темы получили дальнейшее развитие в «Факкультетских обещаниях», произносившихся при получении докторской степени в Парижском университете и в дореволюционной России: «Обещаю продолжать изучать врачебную науку и способствовать всеми силами ее процветанию, сообщая ученому свету все, что открою» [8].

Наконец, самое главное — это вопрос медицинской толерантности, который требует более глубокого анализа.

Если говорить о корнях традиций толерантности в Европе, то они восходят к античности. Равное отношение ко всем людям, обладавшим душой, наблюдалось уже у досократиков, которые осознавали мир как единый Космос. Несколько позже, в период архаики, греки осознают и культивируют необходимость гармонии во всем. В связи с этим можем сделать предположение, что всем греческим научным школам, Гиппократовой в том числе, был присущ дух толерантности, хотя при этом философские споры и дискуссии зачастую носили жесткий характер.

Эпоха Средневековья в Европе отмечена острой и жестокой борьбой с инакомыслящими за чистоту веры в христианстве. Гонения на еретиков, затяжные религиозные войны, глубокий кризис католической церкви, реформационное движение, системные конфликты и столкновения стали визитной карточкой этого времени. Но сам идеал веры в этот период мировой культуры разительно отличался от истинных реалий. Суть христианской этики — гуманизм, милосердие, сострадание к каждому человеку. Поэтому идею любви к ближнему и врагам своим в христианстве можно определить как своего рода вид толерантного отношения между людьми.

Последующая эпоха Ренессанса принесла миру свободу не только в познании, творчестве, но и в вопросах вероисповедания. В конце XV в. философ и богослов Николай Кузанский создает свой трактат «О согласии вер», где обосновывает единство основ всех религий. И, несмотря на это, эпоха Возрождения охвачена противостоянием и примерами множества людских жертв.

Аматус Лузитанский жил и трудился в это страшное время, подвергаясь бесконечным преследованиям из-за приверженности к иудаизму. Его «Клятва», и особенно та ее часть, которая посвящена толерантному отношению к пациентам, была в то время органичной и необходимой для осознания людьми их собственной религиозной жизни: «Я всегда одинаково относился к людям любого вероисповедания, будь то евреи, христиане или арабы»

Понятие религиозной толерантности как таковое зародилось только в конце XVI в. во Франции, после Нантского Эдикта. Именно тогда были сформулированы законы о терпимости, гугеноты и протестанты

получили права на религиозное вероизъявление. Это стало своеобразным компромиссом между католиками и протестантами, на который они вынуждены были пойти. Наконец-то европейцы осознали, что конфессиональная однородность не столь принципиальна на фоне выживания стран, народов и человечества [9].

Другим аспектом толерантности в трактовке Амагуса Лузитанского выступает одинаковое отношение к пациентам разного статуса и достатка, интерпретация медицинского искусства не как способа достижения собственного материального благополучия, а как возможности принести пользу ближнему: «Что касается званий, то о них я совсем не заботился, проявляя одинаковое усердие в лечении как бедняков, так и рожденных в знатности».

«О плате, которая обычно дается врачам, я не очень заботился, многих лечил не только старательно, но и безвозмездно; некоторые вознаграждения, которые многие предлагали, я великодушно и непреклонно отвергал; более следил за тем, чтобы моим трудом или старанием больные вновь обрели утраченное здоровье, чем за тем, чтобы от их подношений я сам сделался богаче на несколько грошей».

Проблема терпимости, понимания и принятия другого человека, его веры, его культуры возникла в религиозном поле эпохи Средневековья, а разрешилась она появлением в эпоху Возрождения понятия «толерантность» и воплощением его в жизнь, что в дальнейшем открыло иные свободы и способы достижения согласия в обществе.

Сегодня толерантность врача означает не только религиозную или этническую, национальную терпимость, но и терпимость психологическую, физиологическую как способность переносить и преодолевать неприятные, чуждые субъективные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения, стереотипы мышления. В этом понимании толерантности Амагус Лузитанский намного опередил свое время: «Я никого не хвалил и не осуждал, стараясь быть снисходительным к частным переживаниям, если того не требовало стремление к истине».

Таким образом, Амагуса Лузитанского мы можем определить как предтечу зарождения толерантности в европейской медицинской этике. Понятие толерантности, которое Амагус Лузитанский предвосхи-

тил своей «Клятвой», с одной стороны, было спасительной формой утверждения его права исповедовать религию иудаизма, унаследованную от своих родителей, с другой, — профессиональной позицией, сформулированными морально-нравственными нормами в медицине. Толерантность на этико-аксиологическом уровне — как нравственная установка не желания, а долга — стала одним из основных требований к компетенциям современного врача XXI в.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Павлов И. П. Полное собрание сочинений. 2-е изд. М.—Л.: Изд-во АН СССР; 1951. Т. 3.
2. Синха С. П. Юриспруденция. Философия права. Пер. с англ. М.: Академия; 1996.
3. Lusitani A. Curationum Medicinalium Amati Lusitani medici physici praestantissimi Centuriae duae. Venetiis: Ex Officina Valgrisiana; 1560.
4. Von Raumer F. Geschichte Europas seit dem Ende des funfzehnten Jahrhunderts. Charleston; Nabu Press; 2011.
5. Friedenwald H. Amatus Lusitanus. *Bull. Inst. Hist. Med.* 1937;5(7):603—53.
6. Rudy H. Amatus Lusitanus. *Archeion.* 1931;13:424—39.
7. Родригеш И. Т., Карнейру де Карвалью А. М. История медицины в образовании: дидактические материалы, посвященные португальским врачам Амато Лузитано и Гарсии де Орта. *История медицины.* 2017;4(3):292—300.
8. Гиппократ. Избранные книги. М.: Биомедгиз; 1936.
9. Краткая философская энциклопедия. М.: Прогресс; 1994.

Поступила 03.07.2020
Принята в печать 03.09.2020

REFERENCES

1. Pavlov I. P. Complete works [*Polnoe sobranie sochineniy*]. 2nd ed. Moscow—Leningrad: Izd-vo Akad. nauk SSSR; 1951. Vol. 3 (in Russian).
2. Sinkha S. P. Jurisprudence. Philosophy of law [*Yurisprudentsiya. Filosofiya prava*]. Moscow: Akademiya; 1996 (in Russian).
3. Lusitani A. Curationum Medicinalium Amati Lusitani medici physici praestantissimi Centuriae duae. Venetiis: Ex Officina Valgrisiana; 1560.
4. Von Raumer F. Geschichte Europas seit dem Ende des funfzehnten Jahrhunderts. Charleston; Nabu Press; 2011.
5. Friedenwald H. Amatus Lusitanus. *Bull. Inst. Hist. Med.* 1937;5(7):603—53.
6. Rudy H. Amatus Lusitanus. *Archeion.* 1931;13:424—39.
7. Rodrigesh I. T., Karneyru de Karval'yu A. M. History of Medicine in Science Education: didactic resources on the Portuguese doctors Amato Lusitano and Garcia de Orta. *Istoriya meditsiny.* 2017;4(3):292—300 (in Russian).
8. Hippokrat. Selected works [*Izbrannye knigi*]. Moscow: Biomedgiz; 1936 (in Russian).
9. Short Philosophical Encyclopedia [*Kratkaya filosofskaya entsiklopediya*]. Moscow: Progress; 1994 (in Russian).