

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.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.

Подписка:

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

на электронную версию:
elibrary.ru

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2018. Т. 26. № 4. 193—256.

Переводчик *В. С. Нечаев*

Корректор *И. И. Жданюк*

Сдано в набор 13.08.2018.

Подписано в печать 16.10.2018.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная. Печ. л. 8. Усл. печ. л. 7,84. Уч.-изд. л. 10,3.

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

4

Том 26

2018

ИЮЛЬ—АВГУСТ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор:

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

АЛЕКСАНДРОВА О. Ю. — д. м. н., проф.

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

ГАЙДАРОВ Г. М. — д. м. н., проф.

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

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

КАКОРИНА Е. П. — д. м. н., проф.

КОНЦЕВАЯ А. В. — д. м. н., проф.

ЛИНДЕНБРАТЕН А. Л. — д. м. н., проф.

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

МЕШКОВ Д. О. — д. м. н.

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

ПОДДУБНЫЙ М. В. — к. м. н.

СЕМЕНОВ В. Ю. — д. м. н., проф.

СОН И. М. — д. м. н., проф.

СОРОКИНА Т. С. — д. м. н., проф.

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

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

ЧИЧЕРИН Л. П. — д. м. н., проф.

ШЛЯФЕР С. И. — д. м. н., проф.

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

Вишняков Н. И. — д. м. н., проф.

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

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

Кича Д. И. — д. м. н., проф.

Красненков В. Л. — д. м. н., проф.

Лучкевич В. С. — д. м. н., проф.

Низамов И. Г. — д. м. н., проф.

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

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

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

Саурина О. С. — д. м. н., проф.

Царик Г. Н. — д. м. н., проф.

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

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

Founded in 1993.

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

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

www.nriph.ru

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

4

Volume 26

2018

JULY—AUGUST

EDITORIAL BOARD:

Editor-in-Chief:

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

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

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

GAIDAROV G. M. — MD, PhD, DSc, prof.

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

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

KAKORINA Ye. P. — MD, PhD, DSc, prof.

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

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

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

MESHKOV D. O. — MD, PhD, DSc

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

PODDUBNIY M. V. — MD, PhD

SEMENOV V. Yu. — MD, PhD, DSc, prof.

SON I. M. — MD, PhD, DSc, prof.

SOROKINA T. S. — MD, PhD, DSc, prof.

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

CHICHERIN L. P. — MD, PhD, DSc, prof.

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

SHLIAFER S. I. — MD, PhD, DSc, prof.

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

EDITORIAL COUNCIL:

Vasiliyev K. K. — MD, PhD, DSc, prof.

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

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

Kasimova G. P. — MD, PhD, DSc, prof.

Kitcha D. I. — MD, PhD, DSc, prof.

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

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

Nizamov I. G. — MD, PhD, DSc, prof.

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

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

Salaks Yu. Yu. — MD, PhD, DSc, prof.

Saurina O. S. — MD, PhD, DSc, prof.

Tzarik G. N. — MD, PhD, DSc, prof.

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Здоровье и общество

- Щепин В. О., Кича Д. И., Голощапов-Аксенов Р. С. Профессиональные, жилищные и семейные факторы риска в прогнозировании заболеваемости инфарктом миокарда 196
- Решетников А. В., Присяжная Н. В., Решетников В. А., Ефимов И. А. Особенности восприятия здорового образа жизни студентами медицинских вузов 201
- Мордовский Э. А., Соловьев А. Г., Санников А. Л., Пылаева Ж. А., Ашихмин В. А., Иваненко Н. Г. Динамика заболеваемости населения Европейского Севера России психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением алкоголя, в 2006—2015 гг. 207
- Мызников И. Л., Устименко Л. И., Макеев А. Т., Бурцев Н. Н., Маточкина А. А., Садченко С. Н. Некоторые аспекты физического развития призывников 213
- Цветкова Л. А., Антонова Н. А., Ерицян К. Ю., Мухамедрахимов Р. Ж., Аринкина И. А., Дмитриева В. В., Одинцова В. В. Табакокурение среди беременных женщин: роль психосоциальных факторов .. 217
- Артамонова Г. В., Табакаев М. В., Максимов С. А., Барбараш Л. С. Социально-экономические факторы и модели прогнозирования смертности от сердечно-сосудистых заболеваний 221
- Москвичева М. Г., Кремлев С. Л., Щепилина Е. С. Развитие неотложной медицинской помощи в Российской Федерации: анализ нормативно-правового регулирования 226

Реформы здравоохранения

- Кудряшова А. И., Орлова Е. В., Ростова Н. Б. Деятельность представителей компаний — производителей лекарственных препаратов в информировании специалистов с целью рационального использования лекарств 230
- Вартанян Э. А., Гриднев О. В., Белостоцкий А. В., Песенникова Е. В., Гадаборшев М. И., Кучиц С. С. Анализ современных подходов к оценке эффективности медицинской помощи пациенткам с привычным невынашиванием беременности 236

Образование и кадры

- Мерзлякова С. В., Яновская Т. Э., Жилкина В. А., Пэк Т. Н. Ценностные ориентации как фактор формирования психологического климата в медицинской организации 240

История медицины

- Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. Организация Наркомздравом РСФСР борьбы с социальными болезнями в 20-е годы XX века 243
- Айзман Р. И., Панова А. С., Сорокина Т. С., Суботьялов М. А. Становление и развитие научной школы по физиологии почек и водно-солевого обмена в Новосибирске 247
- Гончарова С. Г. Из истории антиалкогольной кампании 1985 г. в СССР 252

Health and Society

- Schepin V. O., Kicha D. I., Goloschapov-Aksenov R. S. The occupational, housing and family risk factors in prognostication of myocardium infarction morbidity 196
- Reshetnikov A. V., Prisyajnyaya N. V., Reshetnikov V. A., Efimov I. A. The features of healthy life-style perception by students of medical universities 201
- Mordovskiy E. A., Soloviev A. G., Sannikov A. L., Pylaeva J. A., Ashikhmin V. A., Ivanenko N. G. The dynamics of morbidity of mental and behavioral disorders caused by alcohol consumption in population of the European North of Russia in 2006—2015 207
- Myznikov I. L., Ustimenko L. I., Makeiev A. T., Burtsev N. N., Matochkina A. A., Sadchenko S. N. The particular aspects of physical development of conscripts 213
- Tsvetkova L. A., Antonova N. A., Eritsian K. Yu., Mukhamedrakhimov R. J., Arintsina I. A., Dmitrieva V. V., Odintsova V. V. The tobacco smoking of pregnant women: the role of psycho-social factors 217
- Artamonova G. V., Tabakaev M. V., Maksimov S. A., Barbarash L. S. The social economic factors and models of forecasting mortality because of cardiovascular diseases 221
- Moskvicheva M. G., Krermlev S. L., Schepilina E. S. The development of emergency medical care in the Russian Federation: analysis of normative legal regulation 226

Health Care Reforms

- Kudriashova A. I., Orlova E. V., Rostova N. B. The activities of representatives of companies-manufacturers of pharmaceuticals related to informing specialists with purpose of efficient application of medications 230
- Vartanian E. A., Gridnev O. V., Belostotsky A. V., Pesennikova E. V., Gadaborshv M. I., Kuchitz S. S. The analysis of actual approaches in evaluating efficiency of medical care of female patients with habitual miscarriage 236

Education and Personnel

- Merzliakova S. V., Yanovskaya T. E., Jilkina V. A., Pek T. N. The value orientations as a factor of development of psychological climate in medical organization 240

History of Medicine

- Egorysheva I. V., Sherstneva E. V. The Narkomzdrav of the Russian Socialist Federal Republic organizational input into struggle with social diseases during 1920s 243
- Ayzman R. I., Panova A. S., Sorokina T. S., Subotialov M. A. The becoming and development of the scientific school of physiology of kidneys and water-salt metabolism in Novosibirsk 247
- Goncharova S. G. From the history of 1985 anti-alcoholic company in the USSR 252

Здоровье и общество

© Коллектив авторов, 2018
УДК 616.12-005.8-058

Щепин В. О.¹, Кича Д. И.², Голощанов-Аксёнов Р. С.²

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ, ЖИЛИЩНЫЕ И СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА*

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

²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования России, 117198, г. Москва

Представлены результаты изучения распространенности и прогностической значимости факторов профессионального, жилищного и семейного риска возникновения инфаркта миокарда (ИМ). Определяется значимость изученных факторов риска (ФР) для прогнозирования возникновения ИМ. ИМ относится к глобальным социальным и медицинским проблемам доказательного характера, заболеваемость приводит к существенному экономическому и социальному ущербу. Потери валового внутреннего продукта вследствие смерти от ИМ в трудоспособном возрасте преобладают в структуре экономического ущерба Российской Федерации и составляют более 49 млрд руб. в год. Среди ФР заболевания высока распространенность напряженных психологических отношений на работе, продолжительности рабочего дня более 8 ч в сутки; в обоих случаях характерны репрезентативные различия в сравнении с контролем. Особенно это относится к напряженным психологическим отношениям на работе, которые при ИМ выявлены в 5,6 раза чаще по сравнению с другими группами больных.

Исследование показало значительную распространенность и существенную роль отдельных профессиональных, жилищных и семейных ФР в развитии ИМ. Доказано, что среди них наибольшую распространенность и прогностическую значимость имеют физические перегрузки, неудовлетворительные жилищные условия и отсутствие собственного жилья.

Данные исследования позволяют прогнозировать вероятность возникновения ИМ и осуществлять до начала заболевания профилактические и лечебные мероприятия, что в итоге приведет к снижению заболеваемости, различным осложнениям и смертности вследствие ИМ.

Ключевые слова: инфаркт миокарда; здравоохранение; факторы риска; прогноз.

Для цитирования: Щепин В. О., Кича Д. И., Голощанов-Аксёнов Р. С. Профессиональные, жилищные и семейные факторы риска в прогнозировании заболеваемости инфарктом миокарда. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(4):196—200. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-196-200>

Для корреспонденции: Кича Дмитрий Иванович, д-р мед. наук, профессор Российского университета дружбы народов, e-mail: d_kicha@mail.ru

Schepin V. O.¹, Kicha D. I.², Goloschapov-Aksenov R. S.²

THE OCCUPATIONAL, HOUSING AND FAMILY RISK FACTORS IN PROGNOSTICATION OF MYOCARDIUM INFARCTION MORBIDITY

¹The Federal State Budget Scientific Institution "N.A. Semashko National Research Institute of Public Health" of Ministry of Science and Higher Education of Russia, 105064, Moscow, Russia;

²The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The Peoples' Friendship University of Russia" of Ministry of Science and Higher Education of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

The results of prevalence and prognostic significance of occupational, housing and family risk factors for myocardial infarction are presented. The significance of the analyzed risk factors for predicting development of myocardial infarction is established. The myocardial infarction (MI) have to do with global social and medical evidential problems. The MI morbidity results in significant economic and social damage. The loss of the gross domestic product as a result of MI mortality in able-bodied age prevails in the structure of economic damage in the Russian Federation and makes up to more than 49 billion rubles per year. In MI patients such risk factors as tense psychological relationships at work, duration of workday more than 8 hours are highly spread. This is especially true for tensed psychological relationships at work, which are 5.6 times more likely to be detected in patients with MI as compared with other groups of patients.

The study demonstrated considerable prevalence and significant role of particular professional, housing and family risk factors in the MI development. It is proved that physical overloads, unsatisfactory housing conditions and lack of one's own housing are of highest prevalence and prognostic significance.

The study data permits to prognosticate possibility of MI development and to implement preventive and curative measures prior to onset of disease resulting in decreasing of MI morbidity, various complications and mortality.

Keywords: myocardium infarction; health care; risk factors; prognostication.

For citation: Schepin V. O., Kicha D. I., Goloschapov-Aksenov R. S. The occupational, housing and family risk factors in prognostication of myocardium infarction morbidity. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018; 26(3):196—200 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-196-200>

For correspondence: Kicha D. I., doctor of medical sciences, professor of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "The Peoples' Friendship University of Russia" of Ministry of Science and Higher Education of Russia (RUDN University). e-mail: d_kicha@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 18.04.2018

Accepted 26.04.2018

Здоровье и общество

Доминирующей нозологией, определяющей здоровье населения многих стран мира, в том числе Российской Федерации, считается инфаркт миокарда (ИМ), который справедливо называют глобальной социальной и медицинской проблемой: ежегодно в мире, согласно официальным данным, возникает более 15 млн новых случаев заболевания. ИМ во многом определяет летальность и трудовые потери. Кроме того, по данным Американской ассоциации сердца, в течение 6 лет после первой атаки ИМ 18% мужчин и 35% женщин переносят повторный ИМ, а 22% мужчин и 46% женщин становятся инвалидами из-за развития тяжелой сердечной недостаточности [1, 2].

Показатель заболеваемости ИМ в нашей стране составляет 235,3 случая на 100 тыс. населения [3]. При этом распространенность ИМ (300 случаев у мужчин и 150 у женщин на 100 тыс. населения соответствующего пола) и показатели смертности (78 и 37 случаев на 100 тыс. соответственно) у мужчин в 2 раза превышают таковые среди женщин. Заболеваемость ИМ приводит к существенному экономическому ущербу из-за значительной ее частоты среди трудоспособного населения. Потери валового внутреннего продукта вследствие смертности от ИМ в трудоспособном возрасте преобладают в структуре экономического ущерба в Российской Федерации и составляют более 49 млрд руб. в год [4].

Актуальность ИМ для нашей страны определяется продолжающимся ростом частоты данной патологии в отличие от стран Европы, США и Японии, где уровень смертности от ИМ в 6—8 раз ниже, чем в России [2, 5]. В современных исследованиях показано, что ведущими причинами высокой заболеваемости и смертности вследствие ИМ являются факторы риска (ФР), некоторые из которых изучены недостаточно. Неизвестной остается прогностическая значимость профессиональных, алиментарных, стрессовых, жилищных, семейных и других ФР, что затрудняет выполнение прогнозирования заболеваемости ИМ. Проблема прогнозирования ИМ в зависимости от различных ФР далека от решения [6]. В связи с этим стратегическим направлением в снижении заболеваемости и смертности от ИМ следует считать воздействие на наиболее значимые ФР, установленные на основе оценки их прогностичности.

Материалы и методы

Для изучения вышеназванных ФР при ИМ сформированы основная группа (162 больных ИМ) и контрольная группа (140 практически здоровых). Информация о ФР получена путем анкетирования по специально созданной анкете. При анализе полученных результатов проведено определение распространенности и прогностических коэффициентов профессиональных, жилищных и семейных ФР.

Прогностические коэффициенты рассчитывали по формуле:

$$ПК = \frac{P_1}{P_2},$$

где ПК — прогностический коэффициент, P_1 — распространенность ФР в контроле, P_2 — распространенность того же ФР в основной группе.

Для оценки достоверности различий применялся Т-критерий Уайта, различие считалось репрезентативным при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования

Отдельные профессиональные ФР развития ИМ часто отмечаются среди пациентов с исследуемой патологией (табл. 1). Почти 40% больных ИМ указали на неудовлетворенность заработной платой с недостоверным отличием по отношению к группе здоровых лиц. Высокую распространенность имеют напряженные психологические отношения на работе, продолжительность рабочего дня более 8 ч в сутки. Для названных ФР ИМ характерны в обоих случаях репрезентативные различия с контролем. Особенно это относится к напряженным психологическим отношениям на работе, которые в 5,6 раза чаще выявлены у больных ИМ. Несмотря на высокий удельный вес неудовлетворенных занимаемой должностью, их частота практически одинакова в сравниваемых группах. Достоверно выше среди пациентов с ИМ распространены наличие ночных смен, работа с низкой физической активностью, физические перегрузки. Другие профессиональные ФР встречаются редко.

Для оценки влияния профессиональных ФР на развитие ИМ определены прогностические коэффициенты, значения которых варьируют в широком диапазоне (табл. 2). Колебания прогностических коэффициентов в случае наличия данных ФР изменялись от +0,8 для неудовлетворенности заработной платой до -7,7 для напряженных психологических отношений на работе. Вклад последних в развитие ИМ является максимальным, составляя почти 1/3 от

Таблица 1

Распространенность профессиональных ФР среди больных ИМ и в контроле, % ($P \pm mр$)

ФР	Больные ИМ	Здоровые
Сменный режим работы	14,1 ± 2,1	9,8 ± 3,2
Наличие ночных смен	17,1 ± 3,2*	8,2 ± 2,3*
Продолжительность рабочего дня более 8 ч в сутки	27,2 ± 2,5*	13,2 ± 4,1*
Работа с низкой физической активностью	17,7 ± 2,2*	11,4 ± 3,6*
Тяжелый физический труд	18,2 ± 2,8	22,5 ± 2,3
Физические перегрузки	17,3 ± 3,8*	8,3 ± 2,1*
Нервно-психическое перенапряжение на работе	21,2 ± 3,3*	8,4 ± 2,4*
Длительность работы во вредных условиях производства более 5 лет	8,3 ± 3,1	11,2 ± 2,3
Неудовлетворенность зарплатой	39,8 ± 4,7	48,2 ± 5,2
Неудовлетворенность занимаемой должностью	27,1 ± 4,5	23,3 ± 3,6
Напряженные психологические отношения на работе	27,3 ± 4,7*	6,1 ± 1,7*

Примечание. *Различия достоверны.

Таблица 2

Прогностические коэффициенты и ранговые места профессиональных ФР при ИМ

ФР	Прогностический коэффициент	Ранговое место
Сменный режим работы	-1,7	6
Наличие ночных смен	-3,4	4
Продолжительность рабочего дня более 8 ч в сутки	-2,9	5
Работа с низкой физической активностью	-2,9	5
Тяжелый физический труд	+0,8	7
Физические перегрузки	-3,9	3
Нервно-психическое перенапряжение на работе	-4,2	2
Длительность работы во вредных условиях производства более 5 лет	+0,8	9
Неудовлетворенность зарплатой	+0,8	9
Неудовлетворенность занимаемой должностью	-0,9	8
Напряженные психологические отношения на работе	-7,7	1
Итого...	-25,92	—

суммы всех прогностических коэффициентов для профессиональных ФР. Ведущими прогностическими ФР развития ИМ среди профессиональных следует назвать также физические перегрузки и нервно-психическое перенапряжение на работе. Названный ФР при ранжировании занял второе место. Величина прогностического коэффициента для физических перегрузок несколько ниже, чем для нервно-психического перенапряжения. Негативное влияние в отношении заболеваемости ИМ установлено для ночных смен. Следует отметить также продолжительность рабочего дня более 8 ч в сутки и работу с низкой физической активностью, имеющие одинаковые величины прогностических коэффициентов. Влияние других изученных профессиональных ФР на заболеваемость ИМ невелико.

При оценке распространенности различных жилищных и семейных ФР больных с ИМ и практически здоровых лиц установлены достоверные различия по некоторым признакам (табл. 3). Наиболее существенные различия между основной и контрольной группами выявлены в отношении неудовлетворительных жилищных условий и отсутствия собственного жилья ($p < 0,001$). Среди больных с ИМ достоверно выше доля указавших на напряженные семейные отношения. Однако в обеих группах значительная часть имеет низкий среднедушевой доход (менее 8000 руб. на человека) с недостоверным пре-

Таблица 3

Распространенность жилищных и семейных ФР при ИМ и в контроле, % ($P \pm tr$)

ФР	Больные ИМ	Здоровые
Неполная семья	21,8 ± 3,3	17,3 ± 3,2
Неудовлетворительные жилищные условия	24,3 ± 3,4*	14,5 ± 3,0*
Среднедушевой доход менее 8000 руб. на человека	23,5 ± 3,4	27,2 ± 3,8
Напряженные семейные отношения	33,2 ± 3,7*	21,5 ± 3,5*
Отсутствие собственного жилья	11,6 ± 2,6*	5,2 ± 1,9*

Примечание. *Различия достоверны.

Таблица 4

Прогностические коэффициенты и ранговые места жилищных и семейных ФР при ИМ

ФР	Прогностический коэффициент	Ранговое место
Неполная семья	-1,2	4
Неудовлетворительные жилищные условия	-2,3	2
Среднедушевой доход менее 8000 руб. на человека	+0,8	5
Напряженные семейные отношения	-2,1	3
Отсутствие собственного жилья	-3,7	1
Итого...	-8,2	—

вышением в контроле ($p > 0,05$). Недостоверным оказалось различие основной и контрольной групп по удельному весу неполных семей.

Среди рассмотренных ФР максимальная величина прогностического коэффициента приходится на отсутствие собственного жилья (табл. 4). Неудовлетворительные жилищные условия по величине прогностического коэффициента следуют за предыдущим ФР, также связанным с жильем, и занимают второе ранговое место. Отрицательное значение прогностического коэффициента установлено для напряженных семейных отношений, находящихся на третьей позиции. Незначительное влияние на возникновение ИМ оказывает неполная семья, а среднедушевой доход 8000 руб. на человека имеет положительный знак, что указывает на отсутствие воздействия данного ФР на заболеваемость ИМ.

Обсуждение

Условия труда и отдыха, нарушение питания, стрессы, избыточная масса тела, курение, гиподинамия, взаимоотношения в семье, относящиеся к классическим ФР, имеют существенное значение для заболеваемости населения Российской Федерации [7]. Общеизвестно, что сочетание нескольких классических ФР увеличивает вероятность развития ИМ в значительно большей степени, чем наличие одного ФР [6].

Изучение производственных ФР среди больных с ИМ показало, что довольны условиями труда 69%. Основными причинами неудовлетворенности условиями труда названы высокие нервные перегрузки (25,5%), нерациональный график рабочего времени (15,4%), тяжелая физическая работа (12,8%). В нашем исследовании нервно-психическое перенапряжение выявлено в 21,2 ± 3,3%, а удельный вес тяжелого физического труда составил 17,3 ± 3%. Однако напряженные психологические отношения на работе у больных ИМ нами выявлены в 28,4 ± 3,6% случаев (против 12,7% в исследовании К. А. Киреева [8]). Кроме того, установлено, что у 10,3% больных с ИМ имелись запыленность рабочего места и помещений, сильный шум в течение рабочего дня, сильная вибрация и воздействие химических веществ, а в 5,1% — монотонный сидячий характер деятельности. Длительность работы во вредных условиях про-

Здоровье и общество

изводства более 5 лет отмечена нами у $9,3 \pm 2,3\%$ пациентов с ИМ.

Изучение взаимодействия опасных условий труда с другими ФР (артериальной гипертензией, возрастом, курением и потреблением алкоголя) среди 198 больных с ИМ показало, что вероятность возникновения ИМ возрастает с 23 до 50% [9], а при отсутствии воздействия опасных условий труда снижается до 41%. Следовательно, производственные ФР являются существенными для развития ИМ.

В исследованиях показано, что среди больных ИМ имеют благоустроенную квартиру или собственный благоустроенный дом 75 и 15,5% опрошенных соответственно. В коммунальной квартире проживают 6%, в общежитии — 1,5%; снимают жилье — 2%. Жилищными условиями довольны 64,5% опрошенных, недовольны 11,5%, не совсем довольны 24% [8]. Отсутствие собственного жилья выявлено в 9,5% случаев против 11,6% в нашем исследовании. Неблагоприятные жилищные условия повышают поведенческие маркеры стресса и способствуют заболеваемости ИМ [9, 10].

В исследовании [8] по уровню дохода на одного члена семьи получены следующие результаты: не имеют постоянного источника доходов 4,5%; доход до 9435 руб. (уровень прожиточного минимума в Челябинской области в 2015 г.) — 49%, доход до 14 тыс. руб. (1,5 прожиточного минимума в Челябинской области в 2015 г.) — 27%; до 19 тыс. руб. (2 прожиточных минимума в Челябинской области в 2015 г.) — 12,5%, более 19 тыс. руб. — 7%.

Установлен низкий среднедушевой доход на одного члена семьи у значительно большей части больных с ИМ. Доход ниже среднего является ФР предынфарктного периода и реабилитационного этапа. Анализ семейного положения показал, что 64,5 и 10,5% больных состоят в зарегистрированном и незарегистрированном браках соответственно, 16,5% являются вдовцами (вдовами), 7,5% разведены и 1% холосты, 25% респондентов проживают в неполной семье [8].

Удельный вес больных, имеющих неполную семью, превышает аналогичный показатель, полученный нами. Развитие ИМ в других исследованиях ассоциируется с семейными ФР (54%) в большей степени, чем хроническая ишемическая болезнь сердца, которая связана преимущественно с высокой частотой избыточной массы тела (84%), сахарного диабета 2-го типа (34%) и тяжелым течением артериальной гипертензии [8—10].

Однако прогностическая оценка ФР возникновения ИМ, как видно из представленных выше исследований, не проводилась, что в определенной степени снижает их результативность. Необходимость прогнозирования возникновения ИМ диктуется тем, что он является причиной внезапной коронарной смерти в зарубежных странах [11, 12] до 74%, а в России — в 77,2% случаев [13]. Очевидно, что не все лица в популяции, имеющие ФР по ИМ, приобретают одинаковую вероятность возникновения острого ИМ. В этом отношении для предотвращения рисков,

указанных выше, практическое значение приобретает прогнозирование ИМ, в том числе у практически здоровых лиц [14].

Заключение

Исследование показало значительную распространенность и существенную роль отдельных профессиональных, жилищных и семейных ФР в развитии ИМ. Среди названных ФР наибольшую распространенность и прогностическую значимость имеют напряженные психологические отношения в коллективе, нервно-психическое перенапряжение в работе, продолжительность рабочего дня более 8 ч в сутки, физические перегрузки, напряженные семейные отношения, неудовлетворительные жилищные условия и отсутствие собственного жилья.

Данные ФР необходимо учитывать при прогнозировании вероятности возникновения ИМ. Это позволит осуществлять среди лиц с ФР до начала заболевания профилактические и лечебные мероприятия, что в итоге приведет к снижению заболеваемости, осложнений и смертности вследствие ИМ.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Кокорин В. А., Люсов В. А., Шайдюк О. Ю. Прогностическая значимость повышения активности нейрогуморальных систем у больных инфарктом миокарда. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация*. 2011;14(10):37—43.
2. Mrdovic I., Savic L., Krljanac G. et al. Rationale and Design of the On-Treatment PLAtelet Reactivity-Guided Therapy Modification FOR ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (PLATFORM) Randomized Trial. *J Intervent Cardiol*. 2013;26(3):221—7.
3. Бокерия Л. А., Ступаков И. Н., Гудкова Р. Г. Ишемическая болезнь сердца в зеркале медицинской статистики (о некоторых показателях заболеваемости и смертности населения от болезней системы кровообращения в Российской Федерации). *Здравоохранение*. 2005;(5):13—23.
4. Концевая А. В., Калинина А. М., Колтунов И. Е. Социально-экономический ущерб острого коронарного синдрома в Российской Федерации. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2011;7(2):158—66.
5. Морозова И. С., Садыков С. С., Белякова А. С. Исследование математических моделей диагностики и прогнозирования ССЗ (на основе стенокардии и инфаркта миокарда). *Алгоритмы, методы и системы обработки данных*. 2012;20:52—62.
6. Осьмак Г. Ж., Матвеева Н. А., Титов Б. В. Сочетанное влияние генетических факторов, возраста и курения на риск развития инфаркта миокарда. *Кардиология*. 2016;56(12):5—11.
7. Соловьева Л. П., Денисова А. А. Анализ факторов риска развития повторных инфарктов миокарда. В кн.: Успех — инновации, помноженные на профессионализм. Сборник научных работ научно-практической конференции. Самара; 2015. С. 287—90.
8. Киреев К. А. Социальная характеристика пациентов с острыми инфарктами миокарда. *Вестник ДГМА*. 2016;2(19):13—6.
9. Gonzales T. K., Yonker J. A., Chang V. Myocardial infarction in the Wisconsin Longitudinal Study: the interaction among environmental, health, social, behavioural and genetic factors. *BMJ Open*. 2017;7(1):e011529.
10. Kop W. J., Galvao T. F., Synowski S. J. Effects of environmental stress following myocardial infarction on behavioral measures and heart failure progression: The influence of isolated and group housing conditions. *Physiol Behav*. 2015;152(Pt A):168—74.
11. Davies M. J., Thomas A. Thrombosis and acute coronary — artery lesions in sudden cardiac ischemia death. *N Engl J Med*. 1984;310:1197—340.
12. Farb A., Burke A. P., Tang A. L. Coronary plaque erosion without rupture into a lipid core. A frequent cause of coronary thrombosis in sudden coronary death. *Circulation*. 1996;93:1354—63.

13. Гафарова А. В., Гафаров В. В. Внезапная смерть: результаты исследования ИМ на основе программы ВОЗ («Регистр ОИМ», «Моника»). В кн.: Кардиология: реалии и перспективы. Российский национальный конгресс кардиологов. М.; 2009.
14. Димов А. С., Петрова А. В., Максимов Н. И., Герцен К. А. Возможности прогнозирования кардиоваскулярной патологии. *Практическая медицина*. 2011;4(52):29—31.

Поступила 18.04.2018
Принята в печать 26.04.2018

REFERENCES

1. Kokorin V. A., Ljusov V. A., Shajdjuk O. Ju. Prognostic significance of increasing the activity of neurohumoral systems in patients with myocardial infarction. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Medicina. Farmacija*. 2011;14(10):37—43 (In Russ.).
2. Mrdovic I., Savic L., Krljanac G. Rationale and Design of the On-Treatment PLAtelet Reactivity-Guided Therapy Modification FOR ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (PLATFORM) Randomized Trial. *J Intervent Cardiol*. 2013;26(3):221—7.
3. Bokerija L. A., Stupakov I. N., Gudkova R. G. Ischaemic heart disease in the mirror of medical statistics (on some indicators of morbidity and mortality from circulatory system diseases in the Russian Federation). *Zdravooohranenie*. 2005;(5):13—23 (In Russ.).
4. Koncevaja A. V., Kalinina A. M., Koltunov I. E. Socio-economic damage of acute coronary syndrome in the Russian Federation. *Racional'naja farmakoterapija v kardiologii*. 2011;7(2):158—66 (In Russ.).
5. Morozova I. S., Sadykov S. S., Beljakova A. S. Investigation of mathematical models of diagnosis and prediction of CVD (based on angina pectoris and myocardial infarction). *Algoritmy, metody i sistemy obrabotki dannyh*. 2012;20:52—62 (In Russ.).
6. Os'mak G. Zh., Matveeva N. A., Titov B. V. Combined influence of genetic factors, age and Smoking on the risk of myocardial infarction. *Kardiologija*. 2016;56(12):5—11 (In Russ.).
7. Solov'eva L. P., Denisova A. A. Analysis of risk factors for the development of repeated myocardial infarctions. Success — innovations, coupled with the professionalism. In: *Sbornik nauchnyh rabot nauchno-prakticheskoj konferencii*. Samara; 2015. P. 287—290 (In Russ.).
8. Kireev K. A. Social characteristics of patients with acute myocardial infarction. *Vestnik DGMA*. 2016;2(19):13—6 (In Russ.).
9. Gonzales T. K., Yonker J. A., Chang V. Myocardial infarction in the Wisconsin Longitudinal Study: the interaction among environmental, health, social, behavioural and genetic factors. *BMJ Open*. 2017;7(1):011529.
10. Kop W. J., Galvao T. F., Synowski S. J. Effects of environmental stress following myocardial infarction on behavioral measures and heart failure progression: The influence of isolated and group housing conditions. *Physiol Behav*. 2015;152(Pt A):168—74.
11. Davies M. J., Thomas A. Thrombosis and acute coronary — artery lesions is sudden cardiac ischemia death. *N Engl J Med*. 1984; 310: 1197—340.
12. Farb A., Burke A. P., Tang A. L. Coronary plaque erosion without rupture into a lipid core. A frequent cause of coronary thrombosis in sudden coronary death. *Circulation*. 1996;93:1354—63.
13. Gafarova A. V., Gafarov V. V. Sudden death: the results of HIS research on the basis of the who program («Register of IMS», «Monica»). In: *Kardiologija: realii i perspektivy. Rossijskij nacional'nyj kongress kardiologov*. Moscow; 2009 (In Russ.).
14. Dimov A. S., Petrova A. V., Maksimov N. I., Gercen K. A. The possibility of predicting cardiovascular disease. *Prakticheskaja medicina*. 2011;4(52):29—31 (In Russ.).

Решетников А. В., Присяжная Н. В., Решетников В. А., Ефимов И. А.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

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

Представлены результаты медико-социологического исследования, целью которого было изучение представлений и мотивационных установок учащихся медицинских вузов в отношении здорового образа жизни и его составляющих. Данные исследования показывают, что, признавая важность сохранения собственного здоровья, они привержены нездоровому образу жизни, все чаще отказываются от занятий спортом и недостаточно активны в вопросах профилактики заболеваний и сохранения здоровья. Авторы отмечают, что здоровый образ жизни студентов медицинских вузов является скорее исключением, нежели распространенной практикой.

К л ю ч е в ы е с л о в а: здоровье; здоровый образ жизни; студенты медицинских вузов; мотивация.

Для цитирования: Решетников А. В., Присяжная Н. В., Решетников В. А., Ефимов И. А. Особенности восприятия здорового образа жизни студентами медицинских вузов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2018;26(2):201—206. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-201-206>

Для корреспонденции: Присяжная Надежда Владимировна, канд. социол. наук, доцент кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ИПО ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), e-mail: nprusova@yandex.ru

Reshetnikov A. V., Prisyajnyaya N. V., Reshetnikov V. A., Efimov I. A.

THE FEATURES OF HEALTHY LIFE-STYLE PERCEPTION BY STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITIES

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

The article presents the results of medical sociological study carried out with the purpose of analyzing concepts and motivation attitudes of students of medical universities concerning healthy life-style and its components. The results of study demonstrate that students admitting importance of preservation of one's own health, are committed to unhealthy life-style and more often renounce sport involvement and are inactive in the area of diseases prevention and health promotion. It is emphasized that healthy life-style of students of medical universities is rather exception than prevalent practice.

К е y o r d s: health; healthy life-style; student; medical university; motivation.

For citation: Reshetnikov A. V., Prisyajnyaya N. V., Reshetnikov V. A., Efimov I. A. The features of healthy life-style perception by students of medical universities. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2018; 26(2):201—206 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-201-206>

For correspondence: Prisyajnyaya N. V., candidate of sociological sciences, associate professor of the Chair of Sociology of Medicine, Health Economics and Medical Insurance of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” (Sechenov University), e-mail: nprusova@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 13.11.2017
Accepted 21.12.2017

Процессы глобализации и интеграции проявляются на уровне мегапространства национальной системы образования России, а также на уровне социальных институтов и конкретной личности. По мнению А. Маслоу, в динамично меняющейся социально-исторической ситуации «мы нуждаемся в ином типе человека, способном жить в непрерывно изменяющемся мире» [1]. Это требование особенно актуально для медицинских специалистов.

Отмечается высокая динамика изменений в медицинских профессиях, которая связана «не только с экономическими преобразованиями системы здравоохранения, но и с социальными изменениями, изменениями в отношении к здоровью и болезни» [2]. В этих условиях медицинские вузы все больше ориентируются на создание системы подготовки не просто специалиста, обладающего комплексом знаний, умений и навыков, но личности, имеющей активную жизненную позицию, обладающей навыками эффек-

тивной адаптации к динамично меняющейся социальной ситуации [3—7].

Кадровый ресурс системы здравоохранения, особенно государственного и муниципального секторов, является наиболее значимым и ценным ее компонентом [8]. Поэтому в медицинских вузах значительное внимание уделяется формированию здоровьесберегающей среды, популяризации здорового образа жизни (ЗОЖ) и реализации мер по укреплению здоровья студентов как будущих медицинских специалистов.

Материалы и методы

Для изучения представлений учащихся медицинских вузов в отношении ЗОЖ и его составляющих в марте—августе 2017 г. кафедрой социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ИПО совместно с кафедрой общественного здоровья и здравоохранения им. Н. А. Семашко ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный

университет им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)» был проведен анонимный медико-социологический опрос, в котором приняли участие 984 студента 8 медицинских вузов страны.

Среди участников исследования 68% составили женщины, 32% — мужчины. Возраст респондентов варьировал от 18 до 23 лет.

Более половины (59,5%) опрошенных получали высшее профессиональное образование в медицинских вузах на бюджетной форме обучения, а 40,5% — на договорной основе. Среди опрошенных 11,3% уже имели среднее специальное (медицинское) образование.

На момент опроса состояли в браке 7,1%, совместно проживали 19,6% респондентов. Не имели супруга (партнера) 70,6% опрошенных, у 3,3% респондентов есть дети.

Имели доход на уровне прожиточного минимума 15,8% респондентов. К условному среднему классу по уровню благосостояния (доход выше 30 тыс. руб. на одного члена семьи) можно отнести 10,3% опрошенных. Отказались обсуждать материальное положение своей семьи 22%, а 21,7% не смогли определиться с ответом на этот вопрос.

По собственным оценкам, 42,5% респондентов «живут нормально, но приходится экономить», 33,2% вполне достаточно имеющих доходов для обеспечения своих потребностей, а 15% считают, что они «достаточно состоятельны, чтобы жить хорошо»; 6,8% живут за гранью бедности и вынуждены экономить даже на питании, не смогли определиться с ответом 2,5%.

Среди участников опроса 67,5% не имели собственного жилья, 29% проживали в квартире родственников, арендовали жилье 28,9%, проживали в общежитии вуза 9,6%. Являлись собственниками жилья 32,5% учащейся молодежи.

Результаты исследования

Медико-социологическое исследование позволило выявить основные мотивационные установки учащихся медицинских вузов в отношении ЗОЖ и его составляющих.

Информированность о принципах ЗОЖ. Студенческая молодежь ассоциирует ЗОЖ с интеллектуальным развитием (1,2%), успехом и уверенностью в будущем (1,6%), позитивным настроем и мотивацией (5,9%), отсутствием вредных привычек (7%), режимом дня, труда и отдыха (7,9), хорошим состоянием здоровья (14,1%), правильным питанием (25,8%), спортом, физической активностью (36,5%).

Среди наиболее важных составляющих ЗОЖ студенты выделяют активный образ жизни (88,1%), правильное питание (84,7%), отказ от вредных привычек (63,7%), соблюдение режима труда и отдыха (36,5%), соблюдение режима дня (26,4%), защиту от стрессов (29,3%), закаливание (9,6%), интеллектуальное развитие (17,1%), духовное самосовершенствование (12,4%).

Кроме того, 89,1% учащихся медицинских вузов считают, что ведение ЗОЖ требует силы воли и терпения. Также важны наличие свободного времени (49,4%), финансовых возможностей (24,2%), мотивации (22,1%) и понимания и поддержки близких (23,2%).

По мнению 84,2% участников опроса, ведущий фактор приобщения к ЗОЖ — наличие внутренней мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья. Семейные традиции воспитания на принципах ЗОЖ способствуют его ведению по мнению 71,9% студентов. Реализацию активной государственной политики по повышению престижа и популяризации ведения ЗОЖ, а также создание условий для укрепления здоровья граждан предложили 31,4% респондентов. Считают, что для ведения молодежью ЗОЖ важен положительный пример авторитетного лица, 35,4%, а 17,2% полагают, что таким авторитетом могут быть известные люди (актеры, медийные персоны).

Лишь 35,4% утверждают, что ведут ЗОЖ, 53% считают, что их образ жизни не вполне соответствует принципам ЗОЖ, а 11,6% признали свой образ жизни кардинально противоположным этим принципам.

Больше всего студентов, придерживающихся ЗОЖ (53,9%), учится в Красноярском государственном медицинском университете им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого; среди учащихся Казанского медицинского университета таких было 42,9%. В Рязанском государственном медицинском университете им. И. П. Павлова 34,3% студентов ведут ЗОЖ.

Исследование показало, что 75,4% хотели бы вести ЗОЖ в дальнейшем, но по ряду причин не могут придерживаться его принципов. В то же время 4,7% не считают необходимым придерживаться ЗОЖ и не планируют этого делать. Затруднились с ответом 19,9% респондентов.

В настоящее время студенты не могут придерживаться принципов ЗОЖ в силу высокой загруженности учебной/работой (73,2%). Признают, что не могут вести ЗОЖ из-за нехватки финансов для обеспечения здорового рациона питания, 23,1%. Значительная доля опрошенных (суммарно 65%) признают, что собственная инертность и внутреннее нежелание (лень, отсутствие силы воли, мотивации) не позволяют им заботиться о собственном здоровье. Организовать правильное питание 11,6% студентов мешает насыщенная личная жизнь, а 3,2% не хотят отказываться от своих вредных привычек.

Вовлеченность студентов медицинских вузов в занятия спортом. Важнейшей составляющей ЗОЖ людей любой возрастной категории является двигательная активность [9]. С утверждением, что занятия спортом и физической культурой являются необходимым условием для укрепления и сохранения здоровья человека, согласны 90,2% респондентов.

Среди основных результатов занятий спортом респонденты отметили положительное воздействие спортивной активности на физическое (88,4%) и умственное (31,1%) развитие, улучшение внешнего ви-

Здоровье и общество

да (80,9%), содействие снятию стресса (72,4%), гармонизацию эмоциональной сферы (38,9%), повышение работоспособности (55,7%), сохранение высокого уровня активности на протяжении длительного времени (48,3%), укрепление репутации молодежи, вовлеченной в спорт (16%). При этом 2,9% молодежи считают занятия спортом лишней тратой времени.

Интересуются спортивными мероприятиями 57% респондентов, 4,5% студентов проявляют интерес к этим мероприятиям «время от времени». Однако 26,8% участников опроса равнодушны к данным мероприятиям, а 11,7% затруднились с ответом. Среди опрошенных студентов 64,4% указали, что занимались спортом до поступления в вуз, при этом средний стаж составил более 5 лет (5,1 года). У 19,9% респондентов имелся спортивный разряд, а 24% принимали участие в спортивных соревнованиях.

Среди учащихся медицинских вузов 61,2% указали, что к занятиям спортом они приобщились самостоятельно, 18,2% в спортивную секцию привели родители, а 10,5% пришли в спорт «за компанию с другом»; не смогли определиться с ответом 10,1% студентов.

Вовлечению в занятия спортом способствовала возможность укрепления здоровья (63,4%) и совершенствования внешнего облика (56,3%). Кроме того, 41% опрошенных нравились эстетика, культура, традиции, принятые в том виде спорта, которым они занимались, а еще 28,3% привлекал интересный круг общения.

Студенты ожидают от занятий спортом не только совершенствования своего внешнего вида (53,6%) и укрепления здоровья (52%), но и эмоциональной разрядки, снижения уровня стресса, активизации умственной деятельности (58,3%).

Структура интересов молодежи до момента поступления на обучение в медицинский вуз и после начала обучения в нем претерпела изменения. Если до начала студенческой жизни основную долю увлечений составляли высокоактивные и требующие регулярных тренировок занятия (плавание, волейбол, танцы, легкая атлетика, восточные единоборства), то после поступления в вуз на первые позиции выходят фитнес, занятия в спортзале, легкая атлетика, т. е. виды спорта, которые позволяют планировать занятия на удобное время.

Важным для понимания мотивации студенчества к ведению ЗОЖ является выяснение причин отказа молодежи от занятий спортом. Большинство (70%) студентов указали, что не могут продолжать занятия спортом в силу загруженности по учебе/работе. Нехватка финансовых средств не способствует занятиям спортом для 16,4% молодежи; 14,2% опрошенных указали, что в настоящее время они не имеют желания заниматься спортом.

Полностью удовлетворены уровнем своей двигательной активности 32% респондентов, 53,5% чувствуют себя «не полностью удовлетворенными», а 14,5% категорически не удовлетворены им.

Среди тех, кто следит за здоровьем, 53% используют для этого возможности своего вуза. Так, 46,6%

респондентов указали, что для решения проблем со здоровьем пользуются клиниками своего вуза, 25,8% участников опроса посещают спортивные секции на базе образовательного учреждения. Однако 47% респондентов не используют возможности своих вузов для оздоровления.

Соблюдение режима дня, труда и отдыха. Большинство респондентов не могут соблюдать режим дня и гармонизировать соотношение труда и отдыха. Соблюдают режим дня лишь 16,3% респондентов, не полностью соблюдают 54,2%, а 29,5% признали, что не могут организовать правильный режим и распорядок дня.

Студенты, принявшие участие в опросе, связывают несбалансированный режим дня с высокой загруженностью учебной/работой (85,5%). Фактором, препятствующим гармоничной организации распорядка труда и отдыха и режима дня, для 31,6% респондентов является «желание посидеть в интернете». Одним из препятствий соблюдению режима дня 25,2% назвали «занятие увлечениями, хобби», 22,6% объясняют нарушения режима насыщенной личной жизнью, а 15,3% респондентов выбрали вариант ответа «семейные обстоятельства»; это указывает на тот факт, что в ряде случаев принятые в семье правила и выполнение взятых на себя обязательств могут стать причиной несоблюдения студентами вузов режима дня, например в тех случаях, когда студентам приходится заниматься, готовиться к сдаче зачетов в вечернее и ночное время.

Высокий уровень нагрузки усугубляется недостаточностью отдыха у молодежи. Несмотря на различную потребность во сне у разных людей, в среднем для обеспечения нормальной деятельности нервной системы рекомендуется спать не менее 8 ч. Однако 79,5% студентов отмечают у себя хроническую недостаточность сна, 20,4% признались, что спят менее 5 ч в сутки. Лишь у 20,5% есть возможность спать не менее 8 ч в сутки.

По результатам исследования, 43,9% участников опроса предпочитают проводить свое свободное время активно (спорт, прогулки, путешествия).

Неожиданным оказался факт, что 63% опрошенных студентов медицинских вузов никогда не посещали ночной клуб.

Оптимальным видом отдыха для 50,8% респондентов является активный отдых. Сторонниками пассивного отдыха являются 37,6% студентов, а 10,3% опрошенных предпочитают чередовать активный отдых с пассивным «ничего неделанием».

Наиболее доступным для студентов является загородный отдых. Именно за городом (на природе, даче) предпочитают проводить свое свободное время 58% респондентов.

Отдых на территории Российской Федерации выбрали 33,3% опрошенных. Отдых за рубежом доступен 24% студентов, при этом продолжительность средней поездки за границу составляет 14 дней.

Соблюдение режима питания. Большинство (83,6%) респондентов указали в качестве главного принципа здорового питания «сбалансированный в

соответствии с энергетическими затратами и потребностями рацион». Считают, что для обеспечения здорового питания необходимо включение в рацион большого количества овощей, 53,8%, а 48,6% придерживаются мнения, что здоровое питание подразумевает включение в рацион большего количества фруктов. Для 45,1% основным принципом здорового питания является разнообразие рациона, еще 39,7% считают необходимым строгое соблюдение режима питания. На необходимость исключения из рациона жареного и продуктов, содержащих консерванты, указали по 39% соответственно, а в пользу исключения острых и соленых блюд из рациона высказались 24,4% опрошенных. «Тщательное пережевывание пищи» в качестве основного условия здорового питания назвали 22,9% участников опроса, 19,5% считают основополагающим принципом здорового питания отказ от приема пищи после 18.00. Признались в незнании принципов здорового питания 3,5% опрошенных. Лишь 1,1% респондентов считают, что для обеспечения здорового питания необходимо отказаться от употребления сладкого. Соблюдение водного баланса как условия здорового питания выделили 0,6% респондентов

Указали, что не могут установить определенные часы приема пищи и организовать правильный рацион питания из-за высокой загруженности учебной, 78,6%, из-за нехватки финансовых средств — 35,7%, а 6,9% респондентов признались, что испытывают сопротивление со стороны семьи в соблюдении режима правильного питания.

Среди опрошенных 56,5% признают, что, несмотря на желание соблюдать принципы правильного питания, не всегда могут удержаться от вредной пищи, а 18% считают свой рацион питания совершенно нездоровым.

Согласно полученным данным, ежедневный продуктовый набор студента медицинского вуза включает овощи/зелень (57,4%), молоко и кисломолочные напитки/творог (54,3%), хлебобулочные изделия (52,8%), фрукты (52,1%), крупы/каши (40,8%), сладости/сдобную выпечку (40,8%), мясо птицы (35,2%).

Рацион студента медицинского вуза включает большое количество хлебобулочных изделий и сладостей, что связано с риском избыточной массы тела, общими нарушениями работы желудочно-кишечного тракта. При этом 13,7% респондентов сознательно отказываются от колбасных изделий, признавая их вредными для здоровья продуктами.

Исследование показало, что 11,4% студентов ежедневно или регулярно (1—2 раза в неделю) употребляют алкоголь, 51,4% эпизодически употребляют алкогольные напитки, никогда не употребляют алкоголь 35,9%.

Несмотря на наличие у респондентов знаний относительно соблюдения режима правильного питания, существует необходимость дальнейшего повышения грамотности учащейся молодежи в вопросах здорового питания, а также организации времени для обеспечения поддержания здорового режима и рациона питания. Представляется необходимой ин-

тенсификация усилий по повышению личной мотивации студентов медицинских вузов к ведению ЗОЖ.

Наличие вредных привычек и зависимостей. Показано, что 79,9% опрошенных студентов не имеют вредных привычек. Среди 20,5% респондентов чаще всего наблюдается зависимость от нескольких вредных привычек одновременно. Так, 15,1% указали, что являются курильщиками, 7,3% регулярно употребляют алкогольные напитки, а для 2,9% респондентов вредной привычкой является пристрастие к сладкому и фаст-фуду.

Дебют курения у 51,9% курильщиков произошел в старших классах школы (16—17 лет), а 26,7% начали курить в возрасте 18 лет и старше. В средней школе (11—15 лет) сформировалась привычка к курению у 17% курящих.

Затраты курящих студентов на сигареты не превышают 50 руб. в день, финансовая доступность способствует сохранению этой зависимости у студенчества. В день курящие респонденты выкуривают в среднем 9—10 сигарет.

Признают, что курение наносит вред здоровью, 40,8% респондентов, для 34,3% курение является неприятной зависимостью, 26,3% ассоциируют эту привычку с необходимостью постоянных финансовых затрат. Кроме того, 29,3% курильщиков не нравится неприятный запах от сигарет. Вместе с тем для 42,9% курящих студентов сигарета выступает способом снятия напряжения и стресса, а для 18,3% — способом организации свободного времени. Кроме того, 16,3% рассматривают курение как атрибут общения в компании друзей.

Отказаться от курения хотят не все имеющие эту зависимость: 31,5% высказали желание сделать это, а 14% не намерены расставаться с привычкой. Затрудились с ответом 54,5%.

Приобщенность молодежи к употреблению алкогольных напитков является, безусловно, тревожным сигналом. Первая проба спиртного у 78,6% респондентов этой группы произошла в возрасте от 14 до 18 лет. Первым алкогольным напитком чаще всего было пиво. Вместе с тем употребление алкоголя большинством студентов медицинского вуза носит эпизодический характер.

Среди тех, кто в принципе употребляет алкогольные напитки, 40,7% не считают нужным отказываться от этой привычки, а 7,3% хотели бы не употреблять спиртное в дальнейшем.

Одной из наиболее актуальных зависимостей молодежи в настоящее время является зависимость от интернета (социальных сетей) и гаджетов. Так, 36,3% респондентов признают, что серьезно страдают от интернет-зависимости. Еще 37,4% не считают себя зависимыми от гаджетов и социальных сетей, а 26,3% затруднились с ответом на данный вопрос. Преимущественно (67,1%) зависимость проявляется в гипербобщении молодежи в социальных сетях. Много времени студенты тратят на просмотр фильмов (33,7%) и чтение в режиме онлайн (20,4%).

Здоровье и общество

Внимание к состоянию собственного здоровья. Залогом сохранения и укрепления здоровья выступает внимательное отношение человека к состоянию собственного здоровья [10]. По оценкам 62,3% респондентов, их состояние здоровья находится в пределах нормы, однако 34,6% считают свое здоровье «удовлетворительным», а еще 2,7% характеризуют состояние своего здоровья как «плохое» и «очень плохое».

У 29,9% студентов медицинских вузов имеются хронические заболевания, 26% имеют избыточную массу тела, 11,9% страдают от плохой наследственности по ряду заболеваний. У 2,7% участников опроса установлена инвалидность. Отмечают у себя частые простудные заболевания 27,8% студентов, среди 26,1% распространены аллергические реакции. Наличие стоматологических проблем отметили 23% участников опроса.

Несмотря на наличие различных заболеваний, 90,1% студентов удовлетворены состоянием собственного здоровья. При этом полностью удовлетворены 29,5% опрошенных, а 61% считают себя частично удовлетворенными.

Считают, что внимательно относятся к собственному здоровью, 41% респондентов, и 39,3% дали отрицательную оценку уровню заботы о своем здоровье.

На вопрос о мерах по сохранению здоровья дали ответ «не имею вредных привычек» 68,7% респондентов, а 46,8% указали, что занимаются спортом, практикуют двигательную активность. Считают, что регулярное прохождение медицинского обследования позволяет сохранить здоровье, 44,1% опрошенных. Еще 28,1% студентов ответили, что для сохранения здоровья соблюдают режим питания, а 21,4% — режим дня. Закаляются 12,5% респондентов. Ничего не делают для укрепления своего здоровья 11,7% учащихся медицинских вузов.

Положительным показателем является тот факт, что 37,7% студентов медицинских вузов стараются решать проблемы со здоровьем профилактически. Однако 52% респондентов отметили, что привыкли решать проблемы со здоровьем «по мере их поступления», а 8% обращаются за медицинской помощью только в случае серьезного нарушения здоровья. Кроме того, 3,3% респондентов «не обращают внимания на проблемы со здоровьем». Тем самым повышение у студенчества мотивации к профилактическому подходу в вопросах заботы о собственном здоровье является ресурсом для улучшения показателей состояния здоровья.

Заключение

ЗОЖ для большинства студентов медицинских вузов представляет непреложную ценность. Фактически придерживаются принципов ЗОЖ в вопросах организации питания, двигательной активности, режима дня, труда и отдыха немногим более $\frac{1}{3}$ учащейся молодежи. Основным препятствием для этого 73,2% называют высокую загруженность учебной/рабочей, а также внутреннее нежелание (лень, отсутствие силы воли, мотивации) студентов заботиться о

собственном здоровье. Каждый четвертый респондент признает, что не может вести ЗОЖ из-за нехватки финансов.

Высокая загруженность учебной выступает наиболее значимым препятствием для ведения ЗОЖ студентами. Например, 83,7% учащихся медицинского вуза загруженность мешает соблюдать распорядок дня, для 79,5% ограничивает возможности ночного отдыха, 78,4% не позволяет организовать правильный режим питания и снижает возможности занятия спортом.

Признавая важность сохранения собственного здоровья, студенты медицинских вузов привержены нездоровому образу жизни, часто отказываются от занятий спортом и недостаточно активны в вопросах профилактики заболеваний и сохранения здоровья. ЗОЖ для студентов медицинских вузов является скорее исключением, а не распространенной практикой, что требует интенсификации усилий по усилению мотивированности будущих врачей к ведению ЗОЖ.

Статья выполнена в рамках проекта «Здоровье каждого — богатство страны», при реализации которого использованы средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации №68-рп от 05.04.2016 г. и на основании конкурса, проведенного Общероссийской общественной организацией «Лига здоровья нации».

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маслоу А. Дальнейшие рубежи развития человека. М.; 1999. Электронная публикация: Центр гуманитарных технологий. 26.12.2011. URL: <http://gtmarket.ru/laboratory/basis/4201>.
2. Решетников А. В. Социология медицины: Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
3. Бушма Т. В. Проблемы здорового образа жизни студентов. *Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*. 2012;(1):168—74.
4. Алексеенко С. Н., Авдеева М. Г., Дробот Е. В. Ценностно-мотивационные приоритеты студентов медицинского вуза в отношении здорового образа жизни. *Фундаментальные исследования*. 2013;(2—1):16—9.
5. Семенова Н. В., Василевская Е. С., Денисов Ю. П., Авдеев Д. Б. Здоровый образ жизни молодежи (от абитуриента медицинского вуза до специалиста). *Современные проблемы науки и образования*. 2015;(1):1—8.
6. Журавлева И. В. (ред.). *Здоровье студентов: социологический анализ*. М.: Институт социологии РАН; 2012.
7. Решетников А. В., Присяжная Н. В., Богачанская Н. Н., Павлов С. В., Казакова А. А. Социологическая оценка удовлетворенности студентов качеством образовательных услуг как критерий эффективности управления медицинским вузом. *Социология медицины*. 2015;(1):3—10.
8. Щепин В. О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(6):24—8.
9. Мартын И. А. Формирование мотивации к занятиям физической культурой и спортом у студенческой молодежи. *Universum: психология и образование*. 2017;36(6):7—10.
10. Власова Ж. Н., Жукова Т. А. Формирование здорового образа жизни студентов. *Вестник БГУ*. 2013;(13):19—21.

Поступила 13.11.2017
Принята в печать 21.12.2017

REFERENCES

1. Maslow A. H. *The Farther Reaches of Human Nature*. Moscow: 1999 (In Russ.).
2. Reshetnikov A. V. *Sotsiologiya meditsiny: Uchebnik* [Sociology of medicine. Textbook]. Moscow: GEOTAR-Media; 2016 (In Russ.).

3. Bushma T. V. Problems of a healthy lifestyle of students. *Health — a basis of human potential: problems and ways of their decision*. 2012;(1):168—74. (In Russ.).
4. Alekseenko S. N., Avdeeva M. G., Drobot E. V. Valuable and motivational priorities of students of medical school concerning a healthy lifestyle. *Fundamental'nye issledovaniya = Basic researches*. 2013;(2—1):16—9 (In Russ.).
5. Semyonova N. V., Vasilevskaya E. S., Denisov Yu.P., Avdeev D. B. A youth healthy lifestyle (from the entrant of medical school to the expert). *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2015;(1):1—8 (In Russ.).
6. I. V. Zhuravleva (ed.). *Zdporovè studentov: sotsiologicheskij analiz*. [Health of students: sociological analysis.] Moscow: Institute of sociology of RAS; 2012 (In Russ.).
7. Reshetnikov A. V., Prisyazhnaya N. V., Bogachanskaya N. N., Pavlov S. V., Kazakova A. A. Sociological assessment of satisfaction of students with quality of educational services as criterion of effective management of medical school. *Sotsiologiya meditsiny*. 2015;(1):3—10 (In Russ.).
8. Shchepin V. O. Security of the population of the Russian Federation with the main personnel resource of the state health care system. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2013;(6):24—8 (In Russ.).
9. Martyn I. A. Formation of motivation to occupations physical culture and sport at student's youth. *Universum: psikhologiya i obrazovanie = Universum: psychology and education*. 2017;36(6):7—10 (In Russ.).
10. Vlasova Zh. N., Zhukova T. A. Formation of a healthy lifestyle of students. *Vestnik BGU-Messenger of BSU*. 2013;(13):19—21 (In Russ.).

Мордовский Э. А.¹, Соловьев А. Г.¹, Санников А. Л.¹, Пылаева Ж. А.^{1,2}, Ашихмин В. А.³, Иваненко Н. Г.⁴

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА РОССИИ ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВЫЗВАННЫМИ ПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, В 2006—2015 гг.

¹ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, 163000, г. Архангельск;

²ГБУЗ Архангельской области «Медицинский информационно-аналитический центр», 163045, г. Архангельск;

³ГБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П. А. Баяндина», медицинский информационно-аналитический центр, 183047, г. Мурманск;

⁴ГБУЗ Республики Коми «Республиканское бюро медицинской статистики», 167983, г. Сыктывкар

Совершенствование организации наркологической помощи лицам, злоупотребляющим алкогольной продукцией, и больным алкоголизмом предполагает организацию мониторинга и детального анализа инцидентности и превалентности данной группы состояний. Цель исследования — выделить тенденции в динамике заболеваемости населения приарктических регионов Европейской части России психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением алкоголя (F10), в 2006—2015 гг. Использованы данные годовых форм № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами» Мурманской, Архангельской областей и Республики Коми за 2006—2015 гг., на основе которых рассчитаны показатели, в том числе стандартизованные, первичной и общей заболеваемости населения психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением алкоголя. С 2006 г. в приарктических регионах отмечено значительное снижение инцидентности и превалентности алкогольных психозов (F10.4—7), алкоголизма (F10.2, 3, 8, 9), употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1). Выявлено несоответствие в соотношении частоты встречаемости алкогольных психозов (F10.4—7) и хронического алкоголизма (F10.2, 3, 8, 9) в Мурманской, Архангельской областях и Республике Коми, что свидетельствует о возможном искажении статистических данных.

Выявленные тенденции в динамике инцидентности и превалентности психических и поведенческих расстройств, вызванных потреблением алкоголя, указывают на неоднозначные результаты реализации государственной антиалкогольной политики на Европейском Севере страны, косвенно свидетельствуют о перераспределении пациентов между государственным и частными наркологическими организациями.

К л ю ч е в ы е с л о в а : психические и поведенческие расстройства, вызванные потреблением алкоголя; алкогольный психоз; хронический алкоголизм; употребление алкоголя с вредными последствиями; Европейский Север России.

Для цитирования: Мордовский Э. А., Соловьев А. Г., Санников А. Л., Пылаева Ж. А., Ашихмин В. А., Иваненко Н. Г. Заболеваемость населения Европейского Севера России психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением алкоголя. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2018;26(4): 207—212. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-207-212>

Для корреспонденции: Мордовский Эдгар Артурович — канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», e-mail: ulimwengumea@gmail.com

Mordovskiy E. A.¹, Soloviev A. G.¹, Sannikov A. L.¹, Pylaeva J. A.^{1,2}, Ashikhmin V. A.³, Ivanenko N. G.⁴

THE DYNAMICS OF MORBIDITY OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS CAUSED BY ALCOHOL CONSUMPTION IN POPULATION OF THE EUROPEAN NORTH OF RUSSIA IN 2006—2015

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Northern State Medical University” of Ministry of Health of Russia, 163000, Arkhangelsk, Russia;

²The State Budget Institution of Health Care of the Arkhangelsk Region “The Medical Informational Analytical Center”, 163045, Arkhangelsk, Russia;

³The State Regional Budget Institution of Health Care “The P. A. Bayandin Murmansk Regional Clinical Hospital”, the Medical Informational Analytical Center, 183047, Murmansk, Russia;

⁴The State Budget Institution of Health Care of the Komi Republic “The Republican Bureau of Medical Statistics”, 167983, Syktyvkar, Russia

The development of organization of narcological care to individuals abusing alcohol production and patients with alcoholism presupposes organization of monitoring and detailed analysis of incidence and prevalence of the given group of states. The purpose of study is to establish tendencies in dynamics of morbidity of mental and behavioral disorders caused by alcohol consumption in population of pre-arctic regions of the European part of Russia in 2006—2015. The study used data from annual forms № 11 “Information on morbidity of narcological disorders” of the Murmansk, Arkhangelsk oblasts and the Republic of Komi in 2006—2015. On the basis of this data the indices, including standardized ones, were calculated concerning primary and total population morbidity of mental and behavioral disorders caused by alcohol consumption. Since 2006, in pre-arctic regions a significant decreasing of incidence and prevalence of alcoholic psychoses (F10.4—7), alcoholism (F10.2, 3, 8, 9), alcohol consumption with unhealthy aftermaths (F10.1) was established. The discrepancy in ratio of rate of alcoholic psychoses prevalence (F10.4—7) and chronic alcoholism (F10.2, 3, 8, 9) in Murmansk, Arkhangelsk oblasts and the Republic of Komi is established that testifies a possible misrepresentation of statistical data. The established tendencies in dynamics of incidence and prevalence of mental and behavioral disorders caused by alcohol consumption indicate on ambiguous results of public anti-alcoholic policy in the European North of Russia and indirectly testify redistribution of patients between public and private narcological organizations.

К е у в о р д s : mental and behavioral disorders; alcohol consumption; alcoholic psychosis; chronic alcoholism; alcohol consumption with unhealthy aftermaths; European North of Russia.

For citation: Mordovskiy E. A., Soloviev A. G., Sannikov A. L., Pylaeva J. A., Ashikhmin V. A., Ivanenko N. G. The dynamics of morbidity of mental and behavioral disorders caused by alcohol consumption in population of the European North of Russia in 2006—2015. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2018;26(2):207—212 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-207-212>

For correspondence: Mordovsky E. A., candidate of medical sciences, associate professor of the Chair of Public Health, Health Care and Social Work of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Northern State Medical University", e-mail: ulimwengumea@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 04.04.2017
Accepted 25.05.2017

Совершенствование организации наркологической помощи лицам, злоупотребляющим алкогольной продукцией, и больным алкоголизмом предполагает организацию мониторинга и детального анализа инцидентности и превалентности данной группы состояний. Цель исследования — выделить тенденции в динамике заболеваемости населения приарктических регионов Европейской части России психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением алкоголя (F10), в 2006—2015 гг. Используются данные годовых форм № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами» Мурманской, Архангельской областей и Республики Коми за 2006—2015 гг., на основе которых рассчитаны показатели, в том числе стандартизованные, первичной и общей заболеваемости населения психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением алкоголя. С 2006 г. в приарктических регионах отмечено значительное снижение инцидентности и превалентности алкогольных психозов (F10.4—7), алкоголизма (F10.2, 3, 8, 9), употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1). Выявлено несоответствие в соотношении частоты встречаемости алкогольных психозов (F10.4—7) и хронического алкоголизма (F10.2, 3, 8, 9) в Мурманской, Архангельской областях и Республике Коми, что свидетельствует о возможном искажении статистических данных.

В 2009 г. Распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р была утверждена «Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года» (далее — Концепция) [1]. Нормативный акт явился первым программным документом в новейшей истории страны, в котором на государственном уровне признана высокая степень алкоголизации российского общества, а также решающая роль фактора риска в процессе депопуляции и чрезвычайном по масштабу социально-экономическом кризисе 1990-х — начала 2000-х годов. Принятие Концепции заметно активизировало научно-исследовательскую деятельность, направленную на количественную и качественную оценку степени тяжести последствий злоупотребления алкоголем для популяционного здоровья россиян. Однако, несмотря на высокую актуальность и ряд реализованных междисциплинарных проектов, комплексно указанная задача все еще не решена [2, 3].

Одной из приоритетных задач Концепции является «совершенствование организации оказания наркологической медицинской помощи лицам, зло-

употребляющим алкогольной продукцией, и больным алкоголизмом» [1]. Ее решение подразумевает организацию мониторинга и детального анализа заболеваемости населения психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением алкоголя (F10). Основным источником информации по данной проблеме остается организуемое Министерством здравоохранения РФ федеральное статистическое наблюдение, одним из двух утвержденных статистических инструментов которого является годовая форма № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами». К сожалению, несмотря на несовершенство клинической классификации психических и поведенческих расстройств, вызванных потреблением алкоголя (F10), недостижимости полноты их статистического учета, в том числе ввиду функционирования большого числа коммерческих наркологических организаций, альтернативы этому источнику данных сегодня нет [4]. Признавая этот факт и делая ряд допущений, научное сообщество продолжает использовать статистическую информацию как базу для научных исследований [5, 6].

Принято считать, что степень алкоголизации населения Европейского Севера России значительно выше, чем в целом по стране [7]. В силу сложившихся обстоятельств здесь преобладает особый «интоксикационно-ориентированный» паттерн потребления алкоголя, который чаще приводит к развитию разнообразных форм психических и поведенческих расстройств (F10), соматических алкоголь-атрибутивных состояний. По мнению М. В. Рафаенко, высокая актуальность рассматриваемой проблемы на приарктических территориях обусловлена особенностями климата, а также такими уникальными социальными факторами, как «отставание в развитии социальной инфраструктуры... транспортной разобщенностью территории... высоким уровнем концентрации пенитенциарных учреждений...» [8]. Ряд исследователей делают акцент на широкое распространение фактора риска среди коренных народов Севера, представители которых имеют генетическую предрасположенность к формированию алкогольной зависимости [9]. Именно Европейский Север страны представляет собой удобную площадку для изучения как специфических особенностей алкоголизации населения, так и результатов реализации новой государственной антиалкогольной политики. Целью исследования явилось определение тенденции в динамике заболеваемости населения приарктических регионов Европейской части России психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением алкоголя (F10), в 2006—2015 гг.

Материалы и методы

Выполнено сплошное аналитическое популяционное исследование — документальное наблюдение. Данные о численности пациентов, проживающих на территории трех приарктических регионов Европейской части России (Мурманской и Архангельской областей, Республики Коми), у которых в 2006—2015 гг. зарегистрированы, в том числе впервые, психотические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (алкогольные психозы, F10.4—7), синдромом зависимости от алкоголя (хронический алкоголизм, F10.2, 3, 8, 9) и употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) были выкопированы из годовых форм № 11 федерального статистического наблюдения «Сведения о заболеваниях наркотическими расстройствами». Статистические формы предоставлены медицинским информационно-аналитическим центром ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П. А. Баяндина», ГБУЗ Архангельской области «Медицинский информационно-аналитический центр» и ГБУЗ Республики Коми «Республиканское бюро медицинской статистики». Данные о численности населения в регионах в указанный период, в том числе в возрастных группах, получены в территориальных органах Федеральной службы государственной статистики соответствующих субъектов Российской Федерации. На основе собранной информации были рассчитаны фактические показатели первичной и общей (накопленной) заболеваемости населения указанными состояниями. Соответствующие стандартизованные величины рассчитаны прямым методом с учетом данных о возрастной структуре населения России на 1 января 2015 г.

Результаты исследования

Наиболее высокие значения стандартизованных показателей первичной и общей заболеваемости населения алкогольными психозами (F10.4—7) в 2006—2015 гг. отмечены в Архангельской области.

Динамика коэффициентов в регионах в исследуемый период имела ряд особенностей. Так, в Мурманской области и Республике Коми наблюдалось их постепенное сокращение: темп убыли значений стандартизованных величин составил –55,9% и –38,6% для Мурманской области и –47,7% и –72,7% для Республики Коми соответственно. Напротив, в Архангельской области на фоне последовательного сокращения инцидентности выраженная динамика значений стандартизованного показателя общей заболеваемости алкогольными психозами в 2006—2011 гг. и в 2012—2015 гг. практически отсутствовала.

Превалентность синдрома зависимости от алкоголя (хронического алкоголизма, F10.2, 3, 8, 9) во всех трех приарктических регионах также сократилась в 2006—2015 гг.

Темп убыли стандартизованного показателя в Мурманской области в исследуемый период составил –21,9%, в Архангельской области –9,1%, в Респу-

Отношение числа случаев алкогольных психозов (F10.4—7) к числу случаев хронического алкоголизма (F10.2, 3, 8, 9), зарегистрированных в приарктических регионах, в зависимости от возраста пациента в 2006 (2007)* и 2015 гг.

Возрастная группа	Мурманская область*		Архангельская область**		Республика Коми	
	2007 г.	2015 г.	2006 г.	2015 г.	2006 г.	2015 г.
Общая заболеваемость						
20—39 лет	1 : 10,1	1 : 12,9	1 : 8,4	1 : 11,8	1 : 14,1	1 : 27,3
40—59 лет	1 : 6,8	1 : 14,6	1 : 13,0	1 : 13,0	1 : 13,8	1 : 16,6
≥60 лет	1 : 7,8	1 : 17,9	1 : 15,3	1 : 16,3	1 : 10,5	1 : 27,8
Первичная заболеваемость						
20—39 лет	1 : 1,6	1 : 2,0	2,3 : 1	1 : 1,1	1 : 2,5	1 : 5,4
40—59 лет	1 : 1,7	1 : 2,4	2,2 : 1	1 : 1,3	1 : 2,0	1 : 4,1
≥60 лет	1 : 2,9	1 : 8,3	3,9 : 1	1,2 : 1	1 : 1,7	1 : 3,8

Примечание. *Темп убыли значений показателей для Мурманской области рассчитан для периода 2007—2015 гг. **Данные для 2006 г. взяты из расчета населения Архангельской области с Ненецким автономным округом.

блике Коми –20,2%. В целом в Архангельской области и Республике Коми значения индикатора были на 40—60% выше, чем в Мурманской области. Динамика первичной заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя в приарктических регионах заметно различалась. Так, в Республике Коми она имела выраженный нисходящий характер (темп убыли показателя в 2015 г. по сравнению с 2006 г. составил –43,6%), в Мурманской области он был нейтральным (темп убыли –7,1%). В Архангельской области с 2012 г. после значительного снижения инцидентности хронического алкоголизма в 2006—2011 гг. отмечается устойчивая тенденция к ее росту (темп прироста в 2011—2015 гг. составил 161,8%).

В исследуемый период употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) среди населения Мурманской и Архангельской областей, Республики Коми регистрировалось довольно часто.

В Мурманской области и Республике Коми в 2006—2015 гг. произошло заметное сокращение превалентности состояния (темп убыли показателя составил –28,1% и –47,1% соответственно). В Архангельской области в исследуемый период значение стандартизованного коэффициента практически не изменилось. Инцидентность случаев употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1) во всех трех регионах сократилась. Темп убыли значения стандартизованного коэффициента составил –56,6% в Мурманской области, –29,6% в Архангельской области и –20,4% в Республике Коми.

К особенностям распределения указанной группы состояний на приарктических территориях (см. таблицу) следует отнести отсутствие единого паттерна соотношения частоты встречаемости алкогольных психозов (F10.4—7) и хронического алкоголизма (F10.2, 3, 8, 9). Особенно показательна ситуация в Архангельской области, где в 2015 г. по отношению к 2006 г. произошла инверсия значений данного индикатора во всех возрастных группах пациентов.

Обсуждение

Медицинские последствия потребления алкоголя весьма разнообразны. В мировой научной литературе группу состояний МКБ-10, возникновение которых может быть прямо или косвенно ассоциировано с данным фактором риска (хронические заболевания, острые отравления, травмы), принято обозначать термином «сопутствующие заболевания и несчастные случаи, относящиеся к алкоголю» (alcohol-related comorbidities and fatalities) [10]. Ввиду ряда методологических проблем их достоверная диагностика и полный учет практически невозможны [3, 11, 12]. Поэтому принято считать, что именно психические и поведенческие расстройства, вызванные потреблением алкоголя (F10), являются индикатором масштаба всего медицинского ущерба от фактора риска [13].

Европейский Север России в силу своих исключительных географических и климатических особенностей, специфического характера социальных процессов представляет собой уникальную площадку для оценки степени воздействия алкоголизации населения страны на состояние популяционного здоровья, а также эффективности реализуемой государством антиалкогольной политики. Вместе с тем до настоящего времени предметом исследований, которые выполнялись в регионе, являются преимущественно клинические исходы «употребления» алкоголя (или «злоупотребления» им) и статистическая взаимосвязь между объемом среднего подушевого потребления спиртных напитков и масштабом медицинского или демографического ущерба от фактора риска (показателями заболеваемости и смертности от ряда состояний) [2]. К изучению особенностей распределения в популяции психических и поведенческих расстройств, вызванных потреблением алкоголя (F10), а тем более анализу динамики такой заболеваемости исследователи обращаются достаточно редко [12]. Вероятным объяснением этого факта можно считать скептическое отношение специалистов к достоверности статистических данных, генерируемых государственными медицинскими учреждениями наркологического профиля. Свою роль играет и закрытый характер системы здравоохранения, вследствие чего исследователи чаще обращаются к материалам, которые предоставляют территориальные органы Федеральной службы государственной статистики. В то же время для оценки долгосрочного эффекта государственной антиалкогольной политики альтернатива медицинской статистической информации отсутствует. Количественные и качественные изменения в первичной и общей заболеваемости населения психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением алкоголя (F10), с течением времени не могут быть случайными. Их идентификация может служить доказательством результативности реализуемых государством мероприятий.

Ряд экспертов определяют заболеваемость алкогольными психозами как «достоверный показатель,

характеризующий алкогольную ситуацию» в регионе, «индикатор остроты эпидемиологической ситуации в отношении алкоголизма» [5, 14]. Специфичность симптомов, необходимость организации для пациента лечения в условиях стационара и, соответственно, достоверность статистического учета заболевания обуславливают широкое использование показателей инцидентности и превалентности состояний в эпидемиологических исследованиях.

На рубеже 1990-х — начала 2000-х годов в России отмечался значительный рост заболеваемости населения алкогольными психозами: с 9,7 в 1990 г. до 55,5 в 2003 г. (на 100 тыс. населения). Это соответствовало общемировым тенденциям того времени [11]. В то же время особенностью ситуации в нашей стране, по мнению М. Г. Шестакова, явилось резкое падение на фоне данного процесса регистрируемой заболеваемости хроническим алкоголизмом: с 140,4 в 1990 г. до 81,3 в 2008 г. на 100 тыс. населения. Лишь после 2004 г. наметился нисходящий тренд значений обоих показателей [15]. Во всех трех приарктических регионах Европейской части России с началом реализации новой государственной антиалкогольной политики (2009 г.) отмечено снижение общей и первичной заболеваемости населения алкогольными психозами. Отсутствие динамики значений стандартизованного показателя общей заболеваемости психотическими расстройствами в Архангельской области в 2006—2011 гг. и в 2012—2015 гг., как и резкое (на 31,6%) его падение в 2012 г. по сравнению с 2011 г., можно объяснить только организационными причинами.

Эксперты в целом сходятся во мнении что степень достоверности статистических данных о заболеваемости населения синдромом зависимости от алкоголя (алкоголизмом) значительно уступает таковой для алкогольных психозов [6, 11]. Появление в большом количестве частных наркологических организаций, в которых медицинская помощь оказывается анонимно, вероятно, способствует занижению показателей инцидентности и превалентности данного состояния. Отметим, что в исследуемый период превалентность синдрома зависимости от алкоголя во всех трех приарктических регионах хотя и снижалась, но заметно меньшими темпами, чем инцидентность алкогольных психозов. Учитывая высокие темпы развития сети коммерческих наркологических организаций, общий отрицательный тренд превалентности хронического алкоголизма может быть ложным. Таким образом, мы можем согласиться с мнением М. Г. Шестакова о нерациональности анализа данных о заболеваемости алкоголизмом без учета динамики частоты встречаемости других форм психических и поведенческих расстройств, вызванных потреблением алкоголя (F10) [15].

В целом по стране в 1990 г. на одного пациента с вновь выявленным диагнозом алкогольного психоза приходилось до 14—15 пациентов с хроническим алкоголизмом, к 2008 г. это соотношение упало до 1:1,8 [15]. В 2006 (2007) г. в Республике Коми и Мурманской области во всех возрастных группах параметры

Здоровье и общество

пропорции соответствовали общероссийским показателям (см. таблицу). В Архангельской области соотношение вновь выявленных случаев указанных состояний было обратным (на каждый вновь выявленный и учтенный в статистических формах случай хронического алкоголизма приходилось более 2 случаев алкогольного психоза). Безусловно, в этой ситуации нельзя исключать наличие региональной специфики процедуры постановки диагноза «алкогольный психоз» и последующей его замены на диагноз «алкогольная зависимость» (на что, например, указывали А. Г. Гофман и соавт. [4]). Однако более вероятным ее объяснением следует считать именно расширение в регионе сети коммерческих наркологических организаций.

По мнению Т. В. Кравцовой, лица, у которых диагностировано употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1), являются «основным источником пополнения числа больных хроническим алкоголизмом» [5]. Следовательно, своевременная диагностика данного состояния и организация лечения такого пациента — необходимое условие достижения целей государственной антиалкогольной политики. В 2006—2015 гг. в трех приарктических регионах употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) регистрировалось реже относительно других форм психических и поведенческих расстройств (F10). Если в целом по России в 2000-е годы у 47,1% пациентов, впервые обратившихся за наркологической помощью, было диагностировано указанное состояние, то в Мурманской, Архангельской областях и Республике Коми — лишь у каждого третьего [5].

Таким образом, с 2006 г. в Мурманской, Архангельской областях и Республике Коми отмечается снижение регистрируемой инцидентности и превалентности алкогольных психозов, алкоголизма и пагубного (с вредными последствиями) употребления алкоголя, что в целом соответствует общероссийским тенденциям. Вместе с тем обнаруженные особенности динамики показателей указывают на неоднозначные результаты реализации государственной антиалкогольной политики на Европейском Севере России, перераспределение «алкогольного бремени» в популяционных группах и, возможно, «сокрытие» его реального масштаба в расширяющейся сети коммерческих наркологических организаций. Для получения более достоверных оценок распространенности психических и поведенческих расстройств, вызванных потреблением алкоголя (F10), среди населения Европейского Севера страны необходимы дополнительные эпидемиологические исследования данной медико-социальной проблемы, а также совершенствование существующей системы ее статистического учета.

Заключение

На фоне устойчивой негативной динамики численности населения в 2006—2015 гг. в приарктических регионах Европейской части России — Мурманской, Архангельской областях и Республике Ко-

ми — отмечено сокращение учтенной инцидентности и превалентности практически всех форм психических и поведенческих расстройств, вызванных потреблением алкоголя (F10). Динамика значений показателей в регионах не была соразмерной.

Полученные данные указывают на противоречивые результаты реализации государственной антиалкогольной политики на Европейском Севере страны. Особенности динамики показателей первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением алкоголя (F10), могут быть объяснены как уменьшением степени алкоголизации общества, так и перераспределением пациентов между государственным и частными наркологическими организациями.

Исследование выполнено на средства «Гранта молодому специалисту на реализацию проектов в области здравоохранения» Министерства здравоохранения Архангельской области (на 2016—2017 гг.) «Комплексная оценка распределения компонентов совокупного ущерба от употребления алкоголя в популяции Архангельской области».

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года: Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2128-р. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_96236/ (дата обращения 20.01.2017).
2. Харченко В. И., Какорина Е. П., Мишнев О. Д., Найденова Н. Г., Ундрицов В. М., Вирина М. М., Михайлова Р. Ю. Сравнительный анализ алкогольной смертности населения России (проблемы диагностики, трактовки, регистрации, количественной оценки). *Новости науки и техники. Серия: Медицина. Алкогольная болезнь*. 2004;(2):1.
3. Вязьмин А. М., Мордовский Э. А., Соловьев А. Г. Смертность от состояний, связанных с употреблением алкоголя. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(2):13—6.
4. Гофман А. Г., Кожинова Т. А., Орлова М. А. Алкогольные психозы и их классификация в МКБ-10. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014;24(3):37—41.
5. Кравцова Т. В., Великанова Л. П. Алкогольная аддикция — современное состояние проблемы. *Астраханский медицинский журнал*. 2012;7(2):13—8.
6. Редько А. Н., Губарев С. В. Анализ динамики показателей заболеваемости и распространенности наркологических расстройств, связанных с алкоголем, в Краснодарском крае. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2015;(3):661—6.
7. Сидоров П. И., Калинин А. Г., Нильсен О., Бренн Т. Транскультуральные аспекты стиля потребления алкоголя и табакокурения населением Европейского Севера России. *Наркология*. 2002;(7):13.
8. Рафаенко М. В., Цыганков Б. Д., Вильянов В. Б. Динамика клинических проявлений болезни у больных алкогольной зависимостью Республики Коми. *Наркология*. 2009;10:30—4.
9. Давыдов А. Т., Савченко М. Е., Конончук В. В., Русев И. Т. Особенности формирования и течение алкогольной зависимости среди представителей коренных народов и европейского населения Ямало-Ненецкого автономного округа. *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2015;49(1):13—5.
10. Global status report on alcohol and health 2014. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
11. Уваров И. А. Современное состояние проблемы алкогольных психозов (аналитический обзор). *Наркология*. 2009;1(8):75—94.
12. Леонтьева М. В. Анализ данных официальной статистики, отражающих наркологическую ситуацию на территории Архангельской области за 2004—2008 гг. *Вопросы наркологии*. 2010;(4):96—105.

13. Одинокова В. А. Теоретическое и эмпирическое определение проблемного потребления алкоголя. *Теория и практика общественного развития*. 2014;(1)0:59—62.
14. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Эпидемиологическая ситуация по алкогольной зависимости (региональный аспект). *Российский медицинский журнал*. 2013;(4):25—8.
15. Шестаков М. Г. Алкоголизм как маркер социально-экономических проблем общества. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2010;2(14). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/191/30/lang.ru/> (дата обращения 20.01.2017).

Поступила 04.04.2017
Принята в печать 25.05.2017

REFERENCES

1. *Kontseptsiya realizatsii gosudarstvennoy politiki po snizheniyu masshtabov zloupotrebleniya alkohol'noy produktsiyey i profilaktike alkogolizma sredi naseleniya Rossiyskoy Federatsii na period do 2020 goda: Rasporyazhenie Pravitel'stva RF ot 30 dekabrya 2009 g. № 2128-r.* [The concept of implementation of the state policy for reduction of alcohol abuse, and prevention of alcoholism among the population of the Russian Federation for the period up to 2020: Decree of the Russian Government dated 30 December 2009 № 2128-p] (In Russ.), Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_96236/ (accessed 20.01.2017).
2. Kharchenko V. I., Kakorina E. P., Mishnev O. D., Naydenova N. G., Undritsov V. M., Virin M. M., Mikhaylova R. Yu. Comparative analysis of the alcohol mortality of Russian population (problems of diagnosis, treatment, registration, quantitative assessment). *Novosti nauki i tekhniki. Seriya: Meditsina. Alkohol'naya bolezni'*. 2004;(2):1 (In Russ.).
3. Vyaz'min A. M., Mordovskiy E. A., Solov'ev A. G. Mortality from conditions related to alcohol. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdoravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2013;(2):13—6 (In Russ.).
4. Gofman A. G., Kozhinova T. A., Orlova M. A. Alcoholic psychoses and their classification in the ICD-10. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixiatriya*. 2014;24(3):37—41 (In Russ.).
5. Kravtsova T. V., Velikanova L. P. Alcohol addiction — a contemporary condition of the problem. *Astrakhanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2012;7(2):13—8 (In Russ.).
6. Red'ko A. N., Gubarev S. V. Analysis of the dynamics of incidence and prevalence of alcohol-related abuse disorders in the Krasnodar region. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*. 2015;(3):661—6 (In Russ.).
7. Sidorov P. I., Kalinin A. G., Nil'sen O., Brenn T. Transcultural aspects of the style of alcohol consumption and smoking in the population of the European North of Russia. *Narkologiya*. 2002;(7):13 (In Russ.).
8. Rafaenko M. V., Tsygankov B. D., Vil'yanov V. B. Dynamics of clinical manifestations of alcohol dependence among the patients of the Republic of Komi. *Narkologiya*. 2009;(10):30—4 (In Russ.).
9. Davydov A. T., Savchenko M. E., Kononchuk V. V., Rusev I. T. Formation and dynamics of alcohol dependence among indigenous and European populations of the Yamal-Nenets Autonomous District. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii*. 2015;49(1):13—5 (In Russ.).
10. Global status report on alcohol and health 2014. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse. Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
11. Uvarov I. A. Current condition of the problem of alcoholic psychoses (analytical review). *Narkologiya*. 2009;1(8):75—94 (In Russ.).
12. Leont'eva M. V. Analysis of official statistics on the drug addiction in the Arkhangelsk region in 2004—2008. *Voprosy narkologii*. 2010;(4):96—105 (In Russ.).
13. Odiokova V. A. Theoretical and empirical definition of problematic alcohol consumption. *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya*. 2014;(10):59—62 (In Russ.).
14. Govorin N. V., Saharov A. V. Epidemiological situation with alcohol dependence (regional aspect). *Rossiyskiy medicinskiy zhurnal*. 2013;(4):25—8 (In Russ.).
15. Shestakov M. G. Alcoholism as a marker of socio-economic problems of society. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2010; 2(14) (In Russ.). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/191/30/lang.ru/> (accessed 20.01.2017).

Мызников И. Л.¹, Устименко Л. И.², Makeev A. T.², Бурцев Н. Н.³, Маточкина А. А.^{2,3}, Садченко С. Н.⁴

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИЗЫВНИКОВ

¹ФГУП «Государственный научно-исследовательский институт прикладных проблем», 191167, г. Санкт-Петербург;

²Отдел военно-врачебной экспертизы филиала №1 ФГКУ «Главный центр военно-врачебной экспертизы» Минобороны России, 184606, г. Североморск;

³Медицинская служба Северного флота, 184606, г. Североморск;

⁴Отдел военно-врачебной экспертизы филиала №1 ФГКУ «Главный центр военно-врачебной экспертизы» Минобороны России, 191124, г. Санкт-Петербург

В настоящей работе авторами на примере 20-летнего мониторинга трофического статуса новобранцев (1995—2015), призванных для прохождения службы в условия Кольского Заполярья, выявлена зависимость доли лиц с недостаточным и пониженным питанием от макроэкономических показателей в стране. В период после выраженных кризисных экономических явлений возростала доля лиц с низким трофическим статусом. Авторы предлагают методику социально-экономического мониторинга доступности продовольственного рынка на всех территориях и уровнях исполнительной власти на основе анализа трофического статуса у несовершеннолетних по результатам диспансеризации. Предлагается включить школьное питание в образовательный стандарт средней школы в целях оздоровления молодежи.

К л ю ч е в ы е с л о в а : морская медицина; статус питания; макроэкономика; индекс массы тела; социально-гигиенический мониторинг.

Для цитирования: Мызников И. Л., Устименко Л. И., Makeev A. T., Бурцев Н. Н., Маточкина А. А., Садченко С. Н. Некоторые аспекты физического развития призывников. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2018;26(2):213—216. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-213-216>

Для корреспонденции: Мызников Игорь Леонидович, канд. мед. наук, старший научный сотрудник ФГУП «Государственный научно-исследовательский институт прикладных проблем», e-mail: myznikov@nm.ru

Myznikov I. L.¹, Ustimenko L. I.², Makeiev A. T.², Burtsev N. N.³, Matochkina A. A.^{2,3}, Sadchenko S. N.⁴

THE PARTICULAR ASPECTS OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF CONSCRIPTS

¹The State Research Institute of Applied Problems, 191167, St. Petersburg, Russia;

²The Department of Military Medical Expertise of the Branch № 1 of the Main Center of Military Medical Expertise of Ministry of Defence of Russia, 184606, Severomorsk, Russia;

³The Medical Service of the Northern Fleet, 184606, Severomorsk, Russia;

⁴The Department of Military Medical Expertise of the Branch № 1 of the Main Center of Military Medical Expertise of Ministry of Defence of Russia, 191124, St. Petersburg, Russia

The article presents, on the basis of twenty-year monitoring of trophic status of recruits (1995—2015) drafted to Kola transpolar territories, dependence of individuals with undernourishment and lower nutrition from national macro-economic indices during the period after expressed crisis economic occurrences percentage of individuals with lower trophic status increased. The article proposes technique of social economic monitoring of accessibility of food market in all territories and at all levels of executive authorities based on analysis of trophic status of minors according results of dispensarization. The school meals is proposed to be included into the education standard of secondary school with the purpose of health promotion of the youth.

К e y w o r d s : marine medicine; meals status; macroeconomic; body mass index; social hygienic monitoring.

For citation: Myznikov I. L., Ustimenko L. I., Makeiev A. T., Burtsev N. N., Matochkina A. A., Sadchenko S. N. The particular aspects of physical development of conscripts. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini.* 2017;25(4):213—216 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-213-216>

For correspondence: Myznikov I.L., candidate of medical sciences, senior researcher; e-mail: myznikov@nm.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 15.02.2017

Accepted 14.03.2017

Известно, что кризисные явления в экономике не могут не отразиться на качестве жизни населения, в первую очередь из-за неблагоприятных условий на потребительском рынке, в том числе рынке продовольственных товаров, доступность которого напрямую связана с доходами широких слоев населения [1—3].

Применительно к аналогичной проблеме в 1869 г. бельгийский социолог и статистик Адольф Кетле (Lambert-Adolph-Jacques Quetelet, 1796—1874) разработал индекс массы тела (англ. body mass index, BMI) [4]. Этот скрининговый подход применяется и в практике военно-врачебной экспертизы (ВВЭ), он

используется для оценки пищевого статуса, упитанности организма, диагностики состояний, связанных с истощением и/или ожирением [5].

Применение ВМІ обусловлено тем, что для обеспечения должной интенсивности метаболических процессов и оптимального структурно-функционального состояния организма человеку необходимо адекватное питание. Наиболее чувствителен к несбалансированному и не адекватному физической активности питанию растущий организм [6]. Наглядно этот процесс может отражаться в юношеском возрасте в группах мужского населения страны. Именно в это время юноши подлежат постановке на воин-

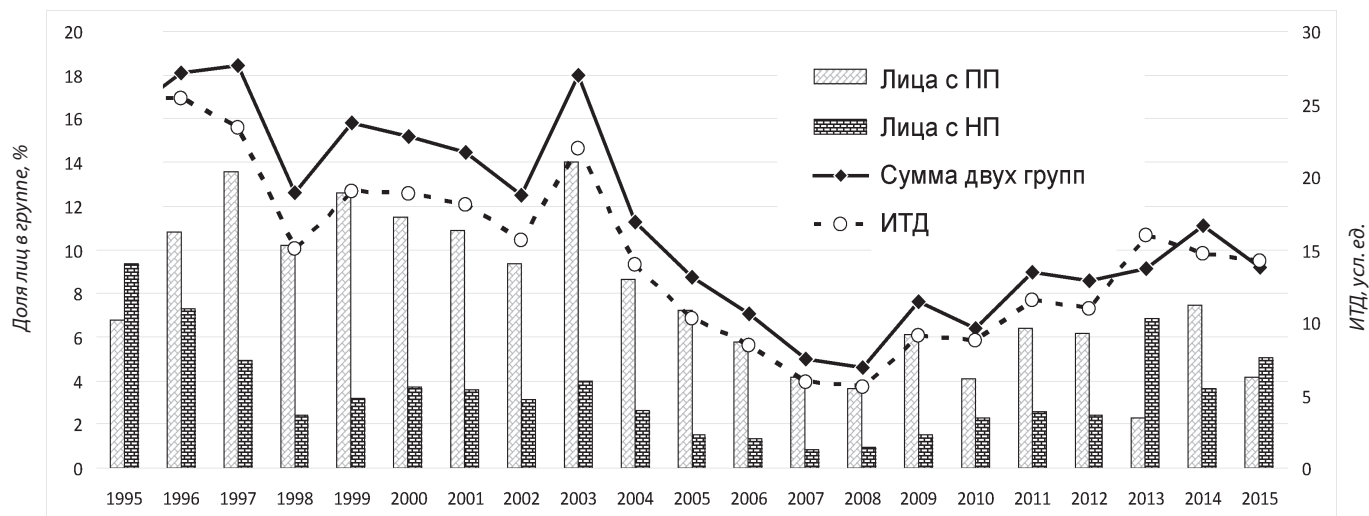


Рис. 1. Динамика диагностики среди новобранцев, прибывших на комплектование сил и войск Северного флота в 1995—2015 гг., доли лиц пониженного и недостаточного питания.

По левой оси у — доля лиц с ПП и НП в столбиковых диаграммах и линейная диаграмма динамики их суммы (в %). По правой оси у — величина ИТД (в усл. ед.). По оси x — год, которому соответствуют полученные результаты

ский учет [7] при военных комиссариатах и проходят ВВЭ состояния здоровья. ВМІ учитывается и при прохождении новобранцем военно-врачебной комиссии для оценки состояния здоровья в рамках работы приемно-технической комиссии флота при распределении молодого пополнения, прибывшего для прохождения службы, по военно-учетным специальностям [3, 5]. На этих данных и построена настоящая статья.

В работе обобщена 20-летняя динамика трофического статуса новобранцев, поступающих для комплектования сил и войск Северного флота, выделением лиц с недостаточным и пониженным питанием.

Материалы и методы

Проанализированы итоговые документы штатной военно-врачебной комиссии Северного флота по результатам освидетельствования около 190 тыс. новобранцев, прибывших на комплектование сил и войск флота в 1995—2015 гг. Мониторинг их распределения по классам трофического статуса велся в соответствии с действовавшими на момент их прибытия на флот требованиями постановления Правительства Российской Федерации «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе»¹ с выделением групп: недостаточное питание (НП), пониженное питание (ПП), нормальное питание, повышенное питание и ожирение по степеням. Группы выделялись на основе расчета ВМІ (по тексту Постановления — индекс массы тела, ИМТ), который определяется по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{МТ} / \text{ДТ}^2,$$

где МТ — масса тела (кг), ДТ — длина тела (м).

Диапазоны классификационных значений ИМТ в группах в наблюдаемый период оставались неизменными.

В целях более удобного представления результатов мониторинга, который применим для наблюдения в различных популяциях, нами введен в научный оборот индекс трофической достаточности (ИТД, в усл. ед.):

$$\text{ИТД} = ((\text{ПП} + 2 \cdot \text{НП}) \cdot 100) / (\text{сумма всех обследованных лиц}).$$

Величина ИТД, рост которой будет свидетельствовать о неблагоприятных тенденциях, может косвенно характеризовать степень трофической достаточности в исследуемых группах людей.

Для изучения явления во времени и оценки интенсивности этих изменений (по сумме доли лиц с пониженным и недостаточным питанием) рассчитаны цепные показатели [8], в частности коэффициент прироста:

$$K_{\text{пр}} = (y_i - y_{i-1}) \cdot 100 / y_{i-1},$$

где y_i — исследуемый период, y_{i-1} — период, предшествующий исследуемому, 100 — коэффициент перевода относительной разницы величин в проценты.

Результаты исследования

Длительный мониторинг состояния здоровья, в том числе молодого пополнения, прибывающего на флот для укомплектования сил и войск, позволяет использовать индикативные статистические величины, каковой является и ИМТ, для косвенной оценки социального благополучия населения.

На рис. 1 представлена динамика доли лиц с ПП и НП в среде новобранцев, поступающих на флот, в период 1995—2015 гг., где видны соответствующие годам подъемы и спады вышеперечисленных комплексных величин. Произведен расчет цепного коэффициента, который нагляднее демонстрирует возникающие тенденции, опираясь на темп ежегодного

¹ Постановление Правительства РФ от 1995 г. № 390, постановление Правительства РФ от 2003 г. № 123, постановление Правительства РФ от 2013 г. № 565.

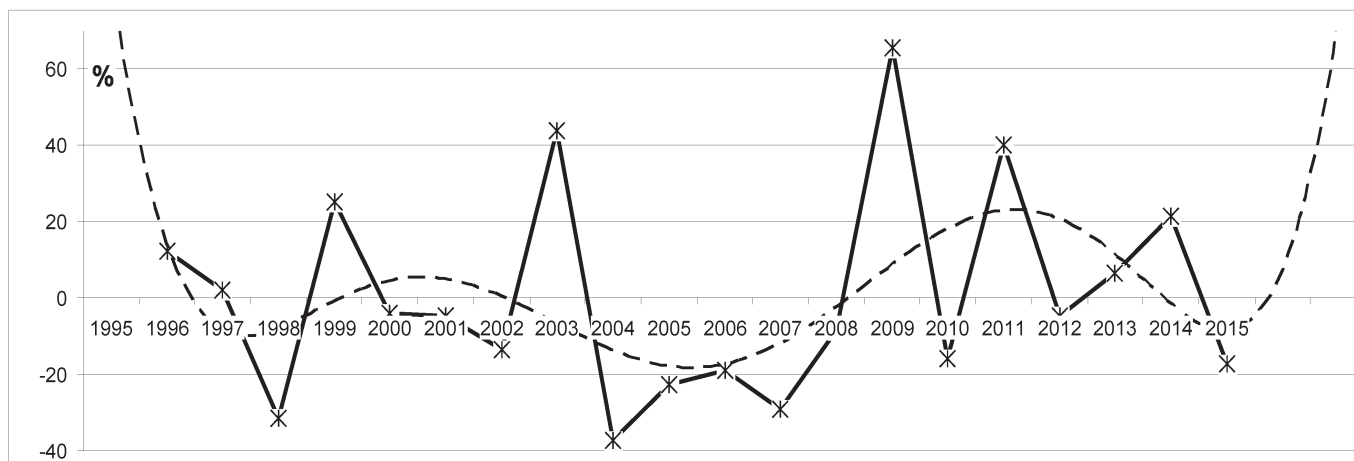


Рис. 2. Модель изменений встречаемости пониженного и недостаточного трофического статуса в цепных показателях ряда динамики. Пунктиром обозначена линия тренда (полином 6-й степени). По оси y — значения и направленность динамики коэффициента прироста (в %), по оси x — год, которому соответствует величина

изменения в числе новобранцев общего числа лиц с ПП и НП (рис. 2).

Из рис. 1 видно, что за весь период наблюдения доля лиц с ПП в среде призывников в разные годы колебалась в пределах 2,28—14,01% ($Av=7,89$; $Cv=43,6\%$), а с НП — в диапазоне 0,85—9,33% ($Av=3,48$; $Cv=62,95\%$). При этом в последние 5 лет наметилась неблагоприятная тенденция. А в 2015 г., как в 2013 и 1995 г., доля лиц с НП превалировала над долей лиц с ПП.

В 2010 г. Е. В. Антонов отметил, что физическое развитие подростков ухудшается, а дефицит массы тела встречается у 20,2% юношей [9].

На рис. 2 видно, что в наблюдаемый период четко вырисовываются пять пиков K_{np} : 1999, 2003, 2009, 2011 и 2014 г. Эти периоды следовали за кризисными явлениями в экономике страны. Рассмотрим их подробнее [1, 2].

Известно, что 1998 г. вошел в историю как «год дефолта», когда обесценились сбережения граждан, резко упала их покупательная способность. 1999—2002 г. стали периодом восстановления экономики, сопряженным с замедлением темпов ее роста, нарастанием экспортно-сырьевой зависимости, крайне низкой оплатой труда, глубокими проблемами регионов и угрозой распада государства. С 2000 г. импорт продовольствия вырос в 6 раз, в полярных социальных группах населения сформировался 5-кратный разрыв в доступности продовольственного рынка. 2003 г. последовал после активного начала реформы жилищно-коммунального хозяйства, ознаменовавшейся ростом цен на коммунальные услуги, снижением темпов роста валового внутреннего продукта (ВВП) и последовавшей на это реакцией потребительского рынка с ростом цен на продовольственные товары. В этот же год страна вынуждена была отвлечь из бюджета финансы в размере 19 млрд долларов по платежам, ранее привлеченным в качестве кредитов внешних заимствований (наибольший платеж за всю историю государства), а 40 млн человек проживало за официальной чертой бедности.

В 2008—2009 г. следствием экономического кризиса стали резкое падение объема ВВП, рост безработицы и снижение покупательской способности населения. На $\frac{1}{3}$ девальвировала национальная платежная единица, росла инфляция, обусловленная спадом производства, вынужденными расходами на реформу армии, выполнением пенсионных и иных социальных обязательств правительства. Продолжался начавшийся с 2003 г. спад в сельском хозяйстве, нарастала доля импортного продовольствия на рынке.

К 2010 г. в стране снизились темпы промышленного производства, уступив даже среднемировым тенденциям, продолжалась затянувшаяся стагнация в сельскохозяйственном производстве, усугубившаяся засухой, а новобранцами становились юноши, рождение, детство и отрочество которых пришлось на кризисные 1990-е годы.

В 2012 г. страна потребляла 60% импортного продовольствия, 40% населения находилось за чертой бедности. Подобное развитие экономики, основанной на вынужденном росте расходов на силовую структуру, ригидность управления, сырьевая зависимость в сочетании с падением цен на энергоресурсы, усугубившиеся расширением экономических санкций, привели к существенному росту цен на продовольствие. Этим, вероятно, и объясняется формирование нарастающего пятого «подъема» кривой графика на рис. 2.

Заключение

Результаты исследования позволяют предложить вариант социально-гигиенического мониторинга, ориентированного не по нозологическому принципу Международной классификации болезней, а основанного на морфологических характеристиках населения (ИМТ, ИТД), в том числе молодежи, здоровье которой несет отпечаток социального благополучия и образа жизни.

Оценка ИМТ уже включена в программу диспансеризации взрослого населения и несовершеннолетних, что позволяет охватить мониторингом широ-

кие слои населения. Эта статистика может применяться территориальными органами федеральной службы государственной статистики для дальнейшего обобщения.

Полагаем, что в Доктрину продовольственной безопасности РФ (2010) в первую очередь необходимо добавить введение в образовательные стандарты школьного питания. В целевые индикаторы государственной политики в области здорового питания населения РФ на период до 2025 г. целесообразно включить статистику по ИМТ и ИТД на региональном и федеральном уровнях, что косвенно будет отражать фактическую и экономическую доступность продовольствия широким слоям населения, станет элементом санитарно-гигиенического мониторинга влияния макроэкономических эффектов на здоровье населения.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Тулупникова Ю. В. Продовольственная безопасность России в условиях расширения экономических санкций. Web: http://science-bsea.bgita.ru/2014/ekonom_2014_22/tulupnikova_prod.htm (дата обращения 05.12.2015)
2. Барсукова С. Ю. Доктрина продовольственной безопасности России: оценка экспертов. Web: http://gorod21veka.ru/list/117/doctrina_prodovolstvennoj_bezопасности_rossii_otcénka.htm (дата обращения 05.12.2015).
3. Мызников И. Л., Васьюко Ф. В., Садченко С. Н. Первичная диагностика статуса питания у призывников. *Гигиена и санитария*. 2012;(1):33—4.
4. Адольф Кетле. Web: <http://ru.wikipedia.org/wiki/Кетле, Адольф> (дата обращения 05.12.2015).
5. Мызников И. Л., Прокопчук Б. И., Рогованов Д. Ю., Махров М. Г., Шелегова О. В., Садченко С. Н. Трофический статус и прогнозирование работоспособности призывников на этапе приемно-технической комиссии флота. *Морской медицинский журнал*. 1998;(1):27—32.
6. Луфт В. М., Багненко С. Ф., Щербук Ю. А. (ред.). Руководство по клиническому питанию: практическое руководство. СПб.: Art-Xpress; 2010.
7. Мызников И. Л., Устименко Л. И., Трофимова А. Ю., Бурцев Н. Н. Военно-врачебная экспертиза призывников и ее качество. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(3):32—6.
8. Харченко Л. П., Ионин В. Г., Глинский В. В. Статистика: Учебник. Ионин В. Г. (ред.). М.: ИНФРА-М; 2008.
9. Антонов Е. В. Медицинское обеспечение юношей в детской поликлинике в период подготовки к военной службе. *Здравоохранение РФ*. 2010;(1):29—33.

Поступила 15.02.2017
Принята в печать 14.03.2017

REFERENCES

1. Tulupnikova Yu. V. *Prodovol'stvennaya bezопасnost' Rossii v usloviyah rasshireniya ehkonomicheskikh sankcij* [Food security of Russia in the conditions of expansion of economic sanctions]. Web: http://science-bsea.bgita.ru/2014/ekonom_2014_22/tulupnikova_prod.htm (accessed 05.12.2015) (In Russ.).
2. Barsukova S. Yu. *Doktrina prodovol'stvennoj bezопасности Rossii: oцénka ehkspertov* [Food Security Doctrine of Russia: Experts rate]. Web: http://gorod21veka.ru/list/117/doctrina_prodovolstvennoj_bezопасности_rossii_otcénka.htm (дата обращения 05.12.2015) (In Russ.).
3. Myznikov I. L., Vas'ko F. V., Sadchenko S. N. Primary diagnostics of nutritional status in draftees. *Gigiena i Sanitariia*. 2012;(1):33—4 (In Russ.).
4. Adolph Quetelet [Adol'f Kettle]. Web: <http://ru.wikipedia.org/wiki/Quetelet, Adolph> (accessed 05.12.2015) (In Russ.).
5. Myznikov I. L., Prokopchuk B. Iv., Rogovanov D. Yu., Makhrov M. G., Shelegova O. V., Sadchenko S. N. Trophic status and forecasting performance of recruits at the stage of receiving technical commission of the Navy. *Morskoy medicinskiy zhurnal*. 1998;(1):27—32. (In Russ.).
6. Luft V. M., Bagnenko S. F., Scherbuk Yu. A. (eds.). *Rukovodstvo po klinicheskomu pitaniyu: prakticheskoe rukovodstvo* [Guide to clinical nutrition: a practical guide]. Sankt-Petersburg: Art-Xpress; 2010. (In Russ.).
7. Myznikov I. L., Ustimenko L. Iv., Trofimova A. Yu., Burtsev N. N. Military-medical examination of recruits and the quality. *Problemy socialnoj higieny, zdravookhraneniya i istoriji mediciny*. 2013;(3):32—6 (In Russ.).
8. Kharchenko L. P., Ionin V. G., Glin'skiy V. V. *Statistika: uchebник* [Statistics: textbook]. Ionin V. G. (ed.). Moscow: INFRA-M; 2008 (In Russ.).
9. Antonov E. V. Medical provision of young men at the children's clinic in the period of preparation for military service. *Zdravookhraneniye Rossijskoj Federacii*. 2010;(1):29—33 (In Russ.).

Цветкова Л. А.¹, Антонова Н. А.¹, Ерицян К. Ю.¹, Мухамедрахимов Р. Ж.², Аринцина И. А.², Дмитриева В. В.³,
Одинцова В. В.^{2,4,5}

ТАБАКОКУРЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН: РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

¹ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена», Институт психологии, 191186, г. Санкт-Петербург;
²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, г. Санкт-Петербург;

³ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», 129226, г. Москва;

⁴ГБУЗ «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи» Департамента здравоохранения г. Москвы, 129090, г. Москва;

⁵ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва

Табакокурение женщин во время беременности и грудного вскармливания детей представляет существенную угрозу общественному здоровью. Всемирная организация здравоохранения рекомендует во время беременности воздерживаться от употребления сигарет. Несмотря на обширную информацию об опасностях, связанных с курением, для здоровья женщин и плода, некоторые продолжают курить на протяжении всей беременности. Целью обзора явились идентификация и систематизация существующих данных о распространенности, факторах и способах профилактики табакокурения среди беременных. В России распространенность табакокурения находится на уровне наиболее высоких европейских показателей, хотя наблюдаются внутренние территориальные различия. Психосоциальные факторы вносят существенный вклад в распространенность курения среди беременных женщин. К основным социальным факторам табакокурения беременных женщин относят низкий socioeconomic статус, незапланированную беременность, курение представительницей ближайшего социального окружения (членов семьи / мужа). Среди ведущих психологических факторов, влияющих на успех попыток беременными женщинами бросить курить, выделяют психологическое благополучие, поддерживающие отношения со значимыми другими, высокие воспринимаемые риски курения.

К л ю ч е в ы е с л о в а : табакокурение; беременные женщины; психосоциальные факторы; интервенции; социальные представления; обзор.

Для цитирования: Цветкова Л. А., Антонова Н. А., Ерицян К. Ю., Мухамедрахимов Р. Ж., Аринцина И. А., Дмитриева В. В., Одинцова В. В. Табакокурение беременных женщин: роль психосоциальных факторов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2018;26(2):217–220. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-217-220>

Для корреспонденции: Одинцова Вероника Викторовна, канд. мед. наук, научный сотрудник лаборатории междисциплинарных исследований раннего детства, факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета; e-mail: veronika.od@gmail.com

Tsvetkova L. A.¹, Antonova N. A.¹, Eritsian K. Yu.¹, Mukhamedrahimov R. J.², Arintsina I. A.², Dmitrieva V. V.³,
Odintsova V. V.^{2,4,5}

THE TOBACCO SMOKING OF PREGNANT WOMEN: THE ROLE OF PSYCHO-SOCIAL FACTORS

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The A. I. Herzen Russian State Pedagogic State University”, the Institute of Psychology, 191186, St. Petersburg, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State University”, 199034, St. Petersburg, Russia;

³The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education The Russian State Social University, 129226, Moscow, Russia;

⁴The State Budget Institution of Health Care “The Scientific Practical Center of Emergency Medical Care” of the Moscow Health Care Department, 129090, Moscow, Russia;

⁵The Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics” of Ministry of Health of Russia, 127254, Moscow, Russia

The tobacco smoking of women during pregnancy and breast feeding represents a significant danger to public health. During pregnancy, the WHO recommends to abstain from cigarettes smoking. In spite of extensive information concerning related to smoking dangers to health of women and fetus, certain females continue to smoke during all pregnancy. The purpose of review is to identify and systematize existing data concerning prevalence, factors and modes of prevention tobacco smoking among pregnant females. In Russia, prevalence of tobacco smoking is at the level of highest European indices though in-land territorial differences are observed. The psycho-social factors significantly contribute to prevalence of smoking among pregnant women. The main social factors of tobacco smoking of pregnant women are low social economic status, unplanned pregnancy, smoking of representatives of the closest social environment (members of family and husband). The leading psychological factors effecting on success of smoking women to quit are psychological well-being, supporting relationship with significant others, high perceptible risks of smoking.

К е y w o r d s : tobacco smoking; pregnant women; psychosocial factors; interventions; social concepts; review

For citation: Tsvetkova L. A., Antonova N. A., Eritsian K. Yu., Mukhamedrahimov R. J., Arintsina I. A., Dmitrieva V. V., Odintsova V. V. The tobacco smoking of pregnant women: the role of psycho-social factors. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2018; 26(2):217–220 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-217-220>

For correspondence: Odintsova V. V., candidate of medical sciences, the researcher of the Laboratory of Inter-Disciplinary Studies of Early Childhood of the Faculty of Psychology of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State University”; e-mail: veronika.od@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Information about authors:

Tsvetkova L., <http://orcid.org/0000-0002-4080-7103>
Antonova N., <http://orcid.org/0000-0002-5471-8902>
Eritsyan K., <http://orcid.org/0000-0002-4400-0593>

Muhamedrahimov R., <https://orcid.org/0000-0003-3532-5019>
Arintsina I., <https://orcid.org/0000-0001-5746-1287>
Dmitrieva V., <https://orcid.org/0000-0003-1895-9685>
Odintsova V., <https://orcid.org/0000-0002-9868-6981>

Received 10.10.2017

Accepted 21.12.2017

Курение женщин во время беременности и грудного вскармливания детей представляет существенную угрозу общественному здоровью. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует во время беременности воздерживаться от употребления сигарет [1], однако некоторые женщины продолжают курить на протяжении всего срока беременности, несмотря на обширную информацию об опасностях, связанных с курением, для их здоровья и здоровья плода. Именно социальные факторы вносят наибольший вклад в то, что курение женщины, будучи предотвратимым фактором риска неблагоприятного исхода беременности, все еще достаточно распространено. Надежные данные о социальном контексте курения в период беременности необходимы для разработки и реализации эффективных программ профилактики перинатальных потерь у курящих женщин. Целью обзора явились идентификация и систематизация имеющихся данных о распространенности, факторах и способах профилактики табакокурения среди беременных женщин.

В странах Евросоюза от 10 до 27% беременных женщин продолжают курить во время беременности [2]. Комплексное исследование беременных одним ребенком женщин ($n=337\ 876$) в Финляндии выявило, что среди них курят 15,3% [3].

В Китае распространенность курения среди беременных женщин старше 18 лет, по результатам кросс-секционного исследования, выполненного в 2015 г. ($n=2345$), составила 4% [4].

Наблюдаются межкультурные различия в распространенности курения среди беременных женщин. Более высокая распространенность отмечается среди беременных, принадлежащих к коренным народам стран с высоким уровнем дохода (Австралия, Новая Зеландия, США, Канада), по сравнению с представительницами основного населения. Курение беременных женщин — аборигенов Австралии в 3 раза выше по сравнению с женщинами некоренных народов (46 и 13% соответственно). Женщины из числа коренного населения чаще используют табак в результате социально-экономического неблагополучия, социальных норм и низкого доступа к программам прекращения курения. Более того, программы сокращения курения среди беременных коренных народов часто оказываются неэффективными [5].

В России данные о распространенности табакокурения среди беременных женщин неоднородны как с методологической точки зрения, так и по полученным результатам. В исследовании, проведенном в г. Иваново, распространенность курения среди женщин, находящихся в I триместре беременности ($n=225$), составила 12,4% [6], а в Московской области — 14,2% на конец беременности ($n=120$) [7]. В г. Северодвинске на момент постановки на учет в женской консультации курили 15,6% беременных ($n=780$) [8]. В Санкт-Петербурге частота встречаемости табакокурения среди беременных составляет 26,4%, из них ежедневного курения — 18,9% ($n=743$) [9]. В Приволжском федеральном округе РФ доля курящих во время беременности составляет от 19%

($n=2270$, г. Пермь) до 40,3% ($n=134$, г. Саранск) [10, 11]. Таким образом, распространенность табакокурения среди беременных в России сопоставима с наиболее высокими европейскими показателями.

При этом именно беременность является для женщин одним из наиболее сильных побудительных мотивов к отказу от курения. Выявлена противоречивость данных относительно прекращения курения во время беременности. Так, по результатам популяционных исследований, доля женщин, бросивших курить во время беременности, составляет от 4 до 67,9%, по результатам исследований, проведенных в стационарах, — от 26,5 до 47% [12]. По результатам исследования, проведенного на территории России, 21,5% курящих женщин бросают курить после известия о своей беременности [10].

Серьезную опасность для беременной и плода представляет пассивное курение. Его распространенность варьирует от 17,1% в Демократической Республике Конго до 91,6% в Пакистане, где в домах разрешено курение [13]. В России около 37% беременных находятся в обществе курильщиков в закрытых помещениях [7].

Курение ассоциировано с более низким социально-экономическим статусом, характеризующимся более низким доходом, низким уровнем образования [9, 14] и высоким уровнем безработицы [2, 3]. Низкий социально-экономический статус женщин ассоциирован с наличием психоэмоциональных проблем, низким уровнем социальной поддержки и низкой стрессоустойчивостью.

Курящие во время беременности женщины достоверно чаще проживают без супруга/партнера, имеют статус домохозяйки, более низкий уровень образования, характеризуются низкой грамотностью в области здравоохранения, их беременность чаще являлась незапланированной [2]. В России женщины с высшим образованием чаще прекращают курение во время беременности [9].

Факторами, влияющими на курение во время беременности, являются курение членов семьи, особенно мужа, ранний возраст (до 13 лет) первой пробы сигарет женщиной [9]. Необходимы меры по минимизации воздействия пассивного курения на беременных, в частности курения партнера и других членов семьи, в качестве фактора, который негативно отражается на попытках беременной отказаться от этой пагубной привычки [14].

Систематический обзор качественных исследований за 1990—2013 г. выявил объекты, содержащие барьеры, мешающие беременной женщине бросить курить [15].

Психологическое благополучие: неблагоприятные жизненные обстоятельства, восприятие женщинами табакокурения как неотъемлемой части жизни, повседневный стресс. Специфическим барьером являются также социально-психологические функции: курение как способ преодоления трудностей или получения удовольствия, как ключ к социальному взаимодействию, как вид отдыха, способ совладания со скукой. Фасилитирующими факторами выступают

Здоровье и общество

социальное осуждение курения и психологический дискомфорт, вызванный продолжающимся курением во время беременности.

Отношения со значимыми другими: социальные нормы курения среди партнеров, членов семьи и друзей, двойные стандарты партнеров в отношении курения, отсутствие поддержки в прекращении курения со стороны партнеров, членов семьи, социальная изоляция от партнеров и друзей из-за их продолжающегося курения, отсутствие поддержки и/или мотивирования бросить курить и практической помощи или, напротив, чрезмерное давление со стороны медицинских специалистов, амбивалентное отношение к курящим беременным женщинам со стороны медицинских специалистов. Фасилитирующими факторами выступают помощь партнеров в сокращении или прекращении табакокурения, угрозы со стороны партнеров быть оставленными в случае прекращения беременной женщиной курения, поддержка семьи, мотивирование со стороны медицинских работников оставить курение и предоставление альтернатив курению.

Оценка рисков курения: низкие воспринимаемые риски курения в результате плохой информированности, некорректное понимание конкретных факторов риска, более тяжелое переживание стресса от прекращения курения по сравнению со стрессом из-за его продолжения во время беременности. Способствующими факторами прекращения курения являются осознание необходимости снижения вреда от сокращения курения до полного отказа, осознание рисков продолжения курения [16].

Беременность все чаще рассматривается как окно возможностей, «возможность для обучения», поскольку в этот период женщина более внимательно относится к рискам, угрожающим здоровью. Беременность может стать периодом отказа от табака для курящих, причем не только для самих женщин, но и для их партнеров и членов семьи. Например, в Ливане до 40% мужей изменили привычки, связанные с курением, после того как узнали о беременности своих жен [13].

Анализ эффективности вмешательств в отношении сокращения табакокурения среди беременных женщин, выполненных в США и Европе ($n=28$), выявил преимущественные типы интервенций [17], направленные на:

- ♦ сокращение курения родителей (Smoking Cessation Interventions);
- ♦ создание среды, свободной от курения [Environmental Tobacco Smoke (ETS) Interventions];
- ♦ формирование в долгосрочном периоде установок здорового образа жизни (Anti-Smoking Socialisation Interventions) на основе модели семейного сопровождения (Nurse Family Partnership).

В семьях с ребенком в возрасте до 1 года интервенции преимущественно сосредоточены на прекращении курения родителями. В семьях с детьми от 1 года до 5 лет — на сокращении негативного влияния семейного пассивного курения. Интервенции по сокращению табакокурения родителей менее эффек-

тивны по сравнению с интервенциями по минимизации пассивного курения (Intervention to Reduce Secondhand Smoke Exposure).

Финансовая мотивация — использование финансовых стимулов (например, ваучеров в денежном эквиваленте) при поощрении удачных попыток прекращения в прекращении курения в ряде случаев оказалась эффективной стратегией в отношении прекращения курения во время беременности.

Обсуждение

Истинную распространенность табакокурения среди женщин во время беременности трудно определить не только по причине отсутствия в некоторых странах официальных статистических данных, но и из-за методических и социально-психологических ограничений самих исследований, основанных на самоотчетах. Сопоставление данных российских региональных исследований затрудняют следующие факторы. Во-первых, в исследованиях участвуют женщины с различным сроком гестации. Во-вторых, используются разные подходы к методам сбора информации (интервью, анализ медицинских карт). В-третьих, применяются разные способы формирования выборки исследования: все беременные, вставшие на учет, или женщины, у которых одна-плодная беременность завершилась рождением живого плода. В-четвертых, имеет место несопоставимость выборок исследования по объемам. Социальные нормы неодобрения курения во время беременности могут приводить к тому, что женщины будут скрывать свой истинный статус курения, опасаясь публичного осуждения.

Заключение

Отказ от курения во время беременности представителями основного населения признается важной социальной проблемой. Отмечается недостаточно выраженная актуализация среди российских женщин и их партнеров представлений о вреде табакокурения и употребления алкоголя во время беременности в сравнении с другими компонентами «здорового образа жизни беременной женщины».

Данные о распространенности табакокурения среди беременных женщин сильно разнятся (от 4 до 46%). В России распространенность табакокурения среди беременных женщин находится на уровне европейских показателей (от 12 до 40%), хотя наблюдаются внутренние территориальные различия. При этом существует ряд методических проблем и социально-психологических ограничений исследований, основанных на самоотчетах, затрудняющих оценку истинной распространенности табакокурения среди данной подгруппы населения.

Учет только биологических факторов формирования табачной зависимости является недостаточным, поскольку табакокурение — это больше, чем физическая зависимость. Курение вплетено в повседневные практики женщины, начиная от рутинной поведенческой привычки и заканчивая взаимоотношениями с партнером. Факторы социального

окружения наравне с психологическими играют важную роль в попытках беременных женщин бросить курить.

Среди основных социальных факторов табакокурения беременных женщин выделяют низкий социоэкономический статус, незапланированную беременность, курение мужа или других членов семьи, а также психологическое благополучие, поддерживающие отношения со значимыми другими и высокие воспринимаемые риски курения.

Отмечается нехватка исследований по оценке эффективности интервенций, направленных на сокращение курения беременными женщинами, в России с учетом социально-культуральной и территориальной специфики.

Статья подготовлена при финансовой поддержке РФФИ (№17-06-00667).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2015: raising taxes on tobacco. Geneva: World Health Organization; 2015.
- Smedberg J., Lupattelli A., Mårdby A. C., Nordeng H. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14(1):213.
- Räsänen S., Kramer M. R., Gissler M., Saari J., Hakulinen-Viitanen T., Heinonen S. Smoking during pregnancy was up to 70% more common in the most deprived municipalities — A multilevel analysis of all singleton births during 2005—2010 in Finland. *Preventive Medicine*. 2014;67:6—11.
- Xu X., Rao Y., Deng S., Liu S., Guo J. J., Sharma M., Zhao Y. Current smoking in pregnant women in five geographical areas of China: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2016;388:97.
- Gould G. S., Lim L. L., Mattes J. The prevention and treatment of smoking and tobacco use during pregnancy in selected Indigenous communities in high-income countries of USA, Canada, Australia and New Zealand: an evidence-based review. *Chest*. 2017.
- Малышкина А. И., Назарова А. О., Батрак Н. В., Жолобов Ю. Н., Козырина А. А., Кулиева Е. Ю. Медико-социальная характеристика беременных женщин г. Иванова. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2014;14(4):9—12.
- Карташева А. Н. Распространенность курения, избыточной массы тела и ожирения среди жительниц Московской области до наступления и во время беременности. *Аспирант*. 2015;(7):16—8.
- Харькова О. А., Соловьев А. Г., Гржибовский А. М. Табакокурение во время беременности и его влияние на инициацию и продолжительность грудного вскармливания в условиях Европейского Севера России. *Экология человека*. 2010;(7):48—53.
- Суховская О. А., Лаврова О. В., Шаповалова Е. А., Петрова М. А., Колпинская Н. Д., Куликов В. Д. Социальные аспекты табакокурения женщин. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2011;60(2):115—20.
- Олина А. А., Метелева Т. А. Частота табакокурения среди беременных и связь с акушерскими осложнениями. *Пермский медицинский журнал*. 2015;32(3):93—8.
- Семелева Е. В. Анализ распространенности курения среди беременных женщин и организации стоматологической помощи. *Сборники конференций НИЦ «Социосфера» (Prague: Vedecko vydavateľske centrum Sociosfera-CZ sro)*. 2015;11:96—8.
- Schneider S., Huy C., Schuetz J., Diehl K. Smoking cessation during pregnancy: a systematic literature review. *Drug and Alcohol Review*. 2010;29(1):81—90.
- World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013.
- Saint Onge J. M., Gurley-Calvez T., Orth T. A., Okah F. A. The association between social stressors and home smoking rules among women with infants in the United States. *Am J Pub Health*. 2014;104(12):e116-e123.
- Flemming K., McCaughan D., Angus K., Graham H. Qualitative systematic review: barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women in pregnancy and following childbirth. *J Advanced Nursing*. 2015;71(6):1210—26.
- Ingall G., Cropley M. Exploring the barriers of quitting smoking during pregnancy: A systematic review of qualitative studies. *Women and Birth*. 2010;23:45—52.
- Brown N., Lockett T., Davidson P. M., Di Giacomo M. Interventions to reduce harm from smoking with families in infancy and early childhood: a systematic review. *Int J Environmental Research and Public Health*. 2015;12(3):3091—19.

Поступила 10.10.2017
Принята в печать 21.12.2017

REFERENCES

- World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2015: raising taxes on tobacco. Geneva: World Health Organization; 2015.
- Smedberg J., Lupattelli A., Mårdby A. C., Nordeng H. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14(1):213.
- Räsänen S., Kramer M. R., Gissler M., Saari J., Hakulinen-Viitanen T., Heinonen S. Smoking during pregnancy was up to 70% more common in the most deprived municipalities — A multilevel analysis of all singleton births during 2005—2010 in Finland. *Preventive Medicine*. 2014;67:6—11.
- Xu X., Rao Y., Deng S., Liu S., Guo J. J., Sharma M., Zhao Y. Current smoking in pregnant women in five geographical areas of China: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2016;388:S97.
- Gould G. S., Lim L. L., Mattes J. The prevention and treatment of smoking and tobacco use during pregnancy in selected Indigenous communities in high-income countries of USA, Canada, Australia and New Zealand: an evidence-based review. *Chest*. 2017.
- Malyskina A. I., Nazarova A. O., Batrak N. V., Zholobov Yu. N., Kozryina A. A., Kulieva E. Yu. Sociomedical characteristics of Ivanovo pregnant women. *Rossiyskiy Vestnik Akushera-Ginekologa*. 2014;14(4):9—12 (In Russ.).
- Kartasheva A. N. Prevalence of smoking, excessive body weight and obesity among women from the Moscow region before and during pregnancy. *Aspirant*. 2015;7:16—8 (In Russ.).
- Kharkova O. A., Solovov A. G., Grzhibovskiy A. M. Tobacco smoking during pregnancy and its impact on initiation and duration of breast feeding in conditions of European North of Russia. *Ekologiya Cheloveka*. 2010;7:48—53 (In Russ.).
- Sukhovskaya O. A., Lavrova O. V., Shapovalova E. A., Petrova M. A., Kolpinskaya N. D., Kulikov V. D. Social aspects of tobacco smoking of women. *Zhurnal Akusherstva i Zhenskikh Bolezney*. 2011;60(2):115—20 (In Russ.).
- Olina A. A., Meteleva T. A. Tobacco smoking frequency among pregnant women and its association with obstetric complications. *Permskiy Meditsinskiy Zhurnal*. 2015;32(3):93—8 (In Russ.).
- Semeleva E. V. Analysis of the prevalence of smoking among pregnant women and organization of dental care. In: *Sborniki konferentsiy NITs Sotsiosfera (Prague: Vedecko vydavateľske centrum Sociosfera-CZ sro)*. 2015;11:96—8 (In Russ.).
- Schneider S., Huy C., Schuetz J., Diehl K. Smoking cessation during pregnancy: a systematic literature review. *Drug and Alcohol Review*. 2010;29(1):81—90.
- World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2013.
- Saint Onge J. M., Gurley-Calvez T., Orth T. A., Okah F. A. The association between social stressors and home smoking rules among women with infants in the United States. *Am J Public Health*. 2014;104(12):e116-e23.
- Flemming K., McCaughan D., Angus K., Graham H. Qualitative systematic review: barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women in pregnancy and following childbirth. *J Advanced Nursing*. 2015;71(6):1210—26.
- Ingall G., Cropley M. Exploring the barriers of quitting smoking during pregnancy: A systematic review of qualitative studies. *Women and Birth*. 2010;23:45—52.
- Brown N., Lockett T., Davidson P. M., Di Giacomo M. Interventions to reduce harm from smoking with families in infancy and early childhood: a systematic review. *Int J Environmental Research and Public Health*. 2015;12(3):3091—119.

Артамонова Г. В., Табакаев М. В., Максимов С. А., Барбараш Л. С.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И МОДЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», 650002, г. Кемерово

Целью исследования стали моделирование и анализ влияния социально-экономических особенностей регионов на сердечно-сосудистую смертность населения.

Использовались официальные данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации по социально-экономическим показателям и сердечно-сосудистой смертности в регионах России в 2012 г. В качестве социально-экономических показателей анализировали долю мужчин в структуре населения, долю лиц пенсионного возраста, долю городского населения, долю лиц с доходом ниже прожиточного минимума, долю безработных, индекс Джини, долю лиц с высшим образованием, загрязнение атмосферного воздуха выбросами от стационарных источников, среднедушевое потребление водки и ликеров, преступность, долю бюджета региона на социально-культурные расходы, долю работников, занятых во вредных условиях труда, от общей численности населения региона. Из показателей сердечно-сосудистой смертности рассматривался класс болезней системы кровообращения в целом, а также ишемическая болезнь сердца и класс цереброваскулярных заболеваний. Смертность оценивалась в целом по населению и отдельно по трудоспособному возрасту. Моделирование зависимости смертности от социально-экономических показателей осуществлялось с использованием регрессионного анализа. Рассчитанные β -коэффициенты и коэффициенты детерминации использовались для определения ориентировочного вклада каждого предиктора в изменение уровней смертности.

Получены статистически значимые математические модели зависимости смертности от ряда социально-экономических показателей. Значения последних на 40—75% объясняют разброс региональных показателей смертности. Доля вклада возрастного фактора в региональные различия смертности достигает по разным классам сердечно-сосудистой смертности 13—35%. Кроме того, в трудоспособном возрасте стабильным предиктором сердечно-сосудистой смертности является среднедушевое потребление крепких алкогольных напитков (водка и ликеры) с вкладом от 5—7% в региональные различия. Прочие социально-экономические показатели демонстрируют статистически значимую связь лишь по отдельным показателям смертности, что позволяет говорить о предполагаемых причинно-следственных связях.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания; региональные различия; социально-экономические показатели; математическое моделирование.

Для цитирования: Артамонова Г. В., Табакаев М. В., Максимов С. А., Барбараш Л. С. Социально-экономические факторы модели прогнозирования смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2017;25(4):221—225. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-221-225>

Для корреспонденции: Табакаев Михаил Викторович, мл. науч. сотрудник отдела оптимизации медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний; e-mail: tabamv@kemcardio.ru

Artamonova G. V., Tabakaiev M. V., Maksimov S. A., Barbarash L. S.

THE SOCIAL ECONOMIC FACTORS AND MODELS OF FORECASTING MORTALITY BECAUSE OF CARDIOVASCULAR DISEASES

The Research Institute of Complex Problems of Cardiovascular Diseases, 650002 Kemerovo, Russia

The purpose of the study is modeling and analysis of effect of social economic characteristics of regions on population mortality of cardiovascular diseases. The official data of the Federal service of state statistics of the Russian Federation were used concerning social economic indices and mortality of cardiovascular diseases in the regions of Russia in 2012. The selection of social economic indices included percentage of males in population structure, percentage of individuals of retirement age, percentage of urban population, percentage of individuals with income lower than living wage, percentage of the unemployed individuals, Gini coefficient, percentage of individuals with university education, atmosphere air pollution with emissions of permanent sources, average per capita consumption of vodka and liqueurs, criminality, percentage of regional budget for social cultural expenses, percentage of workers involved in unhealthy labor conditions from total number of population of region. The selection of indices of mortality of cardiovascular diseases included class of diseases of blood circulation system in general, ischemic heart disease and class of cerebrovascular diseases. The mortality was evaluated in overall by population and separately on able-bodied age. The modeling of dependence of mortality from social economic indices was implemented using regression analysis. The calculated β -coefficients and coefficients of determination were applied to determine approximate input of each predictor into alteration of levels of mortality.

The statistically significant mathematical models of dependence of mortality on number of social economic indices were derived. The values explain on 40—75% spreading of regional indices of mortality. The percentage of input of age factor into regional differences of mortality reaches 13—35% in various classes of cardiovascular mortality. Besides, in able-bodied age the average per capita consumption of hard alcoholic beverages (vodka and liqueurs) can be considered as a stable predictor of cardiovascular mortality with corresponding input of 5—7% in the regional differences. The other social economic indices demonstrate a statistically significant relationship only in certain indices of mortality that permits to surmise about only supposed cause-and-effect relationships.

Keywords: cardiovascular diseases; regional differences; social economic indices; mathematical modeling.

For citation: Artamonova G. V., Tabakaiev M. V., Maksimov S. A., Barbarash L. S. The social economic factors and models of forecasting mortality because of cardiovascular diseases. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2017;25(4):221—225 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-221-225>

For correspondence: Tabakaiev M.V., junior researcher of the department of optimization of medical care under cardiovascular diseases; e-mail: tabamv@kemcardio.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Неоднородность территорий и проживающего на них населения Российской Федерации по многим демографическим, социально-экономическим, климато-географическим, этническим и другим параметрам определяет соответствующие региональные различия популяционного здоровья, в том числе и сердечно-сосудистого. Такие региональные характеристики, как этнические (генетические), климатические, экологические, демографические особенности, прямо влияют на сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность населения региона. Социально-экономические, культурные, медико-организационные особенности регионов характеризуют преимущественно опосредованное влияние за счет различий распространенности в популяции традиционных факторов риска и возможностей медицинской и профилактической помощи [1—3]. В России такие факторы риска, как повышенное артериальное давление, курение, высокий уровень холестерина, ответственны за 75% и более случаев смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [2,4].

Индивидуальное здоровье человека во многом опосредовано популяционными процессами в обществе. Поэтому понимание и оценка факторов, определяющих медико-демографические тенденции, особенно важны. Моделирование зависимости состояния здоровья от региональных особенностей позволяет выявить важные популяционные факторы риска и раскрыть причинно-следственные связи [5, 6].

Материалы и методы

К анализу, помимо официальных данных государственной статистики Российской Федерации за 2012 г., привлекались такие социально-экономические показатели, как доля мужчин в структуре населения, доля лиц пенсионного возраста, доля городского населения, доля лиц с доходом ниже прожиточного минимума (НПМ), доля безработных, индекс Джини, доля лиц с высшим образованием, загрязнение атмосферного воздуха выбросами от стационарных источников, среднедушевое потребление водки и ликеров, преступность и т. д.

Показатели сердечно-сосудистой смертности анализировались по классу болезней системы кровообращения (БСК) в целом, ишемической болезни сердца (ИБС) и классу цереброваскулярных заболеваний (ЦВБ), доля которых в последнее десятилетие составляет около 80% всех случаев смерти от БСК [7]. Смертность оценивалась в целом по населению и отдельно по трудоспособному возрасту.

Моделирование зависимости смертности от социально-экономических показателей осуществлялось методом регрессионного анализа. Рассчитанные β -коэффициенты и коэффициенты детерминации использовались для определения ориентировочного вклада каждого предиктора в изменение уровней смертности. Сумма модулей β -коэффициентов ($|\beta_1| + |\beta_2| + |\beta_3| + \dots + |\beta_n|$) отражает общий вклад всех учтенных предикторов в определении смертности пропорционально значению коэффициента де-

терминации. Доля вклада отдельного предиктора (Z) прямо пропорциональна частному β -коэффициенту. Для расчета доли вклада отдельного предиктора в уровни смертности использовалась формула:

$$Z_i = |\beta_i| \times (R^2 \times 100\%) / (|\beta_1| + |\beta_2| + |\beta_3| + \dots + |\beta_n|),$$

где Z — вклад предиктора в смертность (%), β — β -коэффициенты предикторов по результатам моделирования, R^2 — коэффициент детерминации модели.

Критическим уровнем статистической значимости считали 0,05, при $0,1 > p > 0,05$ отмечалась тенденция к статистической значимости.

Результаты исследования

По каждому виду смертности построены регрессионные модели влияния социально-экономических предикторов (см. таблицу). Все модели статистически значимые, коэффициент регрессии составляет от 0,66 до 0,87. При этом регрессионные модели смертности в общей популяции более связаны с социально-экономическими показателями, чем модели смертности населения в трудоспособном возрасте. Так, если коэффициенты регрессии смертности от БСК, ИБС и ЦВБ достигают соответственно 0,87; 0,7 и 0,81, то в трудоспособном возрасте они составляют 0,71; 0,66 и 0,75.

Во всех моделях статистически значимое влияние на смертность оказывает удельный вес лиц пенсионного возраста в регионе.

Из социально-экономических показателей прямое влияние на смертность установлено для удельного веса мужчин, доли лиц пенсионного возраста, потребления водки и ликеров, удельного веса лиц с неблагоприятными условиями труда.

Обсуждение

Наиболее выраженное влияние на показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний оказывает такой фактор, как удельный вес лиц пенсионного возраста в регионе. Возраст является важным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Снижение рождаемости ведет к увеличению доли населения старших возрастов, что сказывается на показателях смертности, в том числе и от сердечно-сосудистых заболеваний [7, 8]. В отечественных исследованиях при анализе смертности различиям возрастной структуры населения региона не всегда уделяется должное внимание, а вариабельность доли населения пенсионного возраста не в полной мере объясняет динамику и межрегиональные различия показателей смертности [1].

Установленные зависимости смертности от сердечно-сосудистых заболеваний от гендерной структуры населения регионов соответствуют опубликованным данным, свидетельствующим о более высокой смертности от БСК среди мужчин по сравнению с женщинами [7, 9, 10], что особенно характерно для трудоспособного возраста [11]. Удельный вес мужчин в структуре населения регионов отрицательно коррелирует с долей лиц пенсионного возраста ($r = -0,76$; $p < 0,05$). Данная зависимость, вероятно,

Здоровье и общество

Параметры регрессии зависимости смертности от социально-экономических факторов в регионах РФ

Показатель	БСК	БСК трудоспособных	ИБС	ИБС трудоспособных	ЦВБ	ЦВБ трудоспособных
Коэффициент регрессии	0,87	0,71	0,70	0,66	0,81	0,75
Константа	1101,6	-471,7	-187,6	-413,6	396,3	-228,9
P-уровень константы	0,36	0,30	0,89	0,17	0,57	0,035
P-уровень уравнения	0,00001	0,00001	0,00001	0,00001	0,00001	0,00001
Мужчины, %						
В-коэффициент	-4,5	16,1	11,7	7,6	-7,6	5,6
P-уровень	0,82	0,041	0,61	0,15	0,52	0,0030
Лица пожилого возраста, %						
В-коэффициент	32,7	6,9	21,6	5,2	11,8	1,8
P-уровень	0,00001	0,0080	0,0048	0,0032	0,0030	0,0040
Городское население, %						
В-коэффициент	0,5	0,01	-0,3	0,06	0,9	-0,01
P-уровень	0,72	0,98	0,84	0,88	0,31	0,94
Лица с доходом ниже прожиточного минимума, %						
В-коэффициент	-7,7	-0,5	-6,1	0,6	-0,8	0,5
P-уровень	0,055	0,76	0,17	0,55	0,73	0,13
Безработные, %						
В-коэффициент	-2,5	0,6	-1,1	0,5	-0,6	0,2
P-уровень	0,53	0,67	0,81	0,62	0,78	0,60
Индекс Джини						
В-коэффициент	-1807,5	-532,5	-975,9	32,2	-435,4	-89,7
P-уровень	0,018	0,064	0,24	0,87	0,32	0,18
Лица с высшим образованием, %						
В-коэффициент	-0,66	-0,3	-0,3	-0,1	-0,3	-0,1
P-уровень	0,21	0,14	0,62	0,35	0,36	0,036
Загрязнение, т/км ²						
В-коэффициент	-8,0	-2,1	-7,5	-1,5	-1,5	-0,2
P-уровень	0,091	0,24	0,15	0,19	0,58	0,67
Потребление водки и ликеров, л/чел.						
В-коэффициент	-1,0	3,7	-2,7	2,1	3,2	0,9
P-уровень	0,80	0,018	0,55	0,043	0,17	0,0099
Преступность, на 100 тыс. населения						
В-коэффициент	0,05	0,01	0,02	0,01	-0,01	0,01
P-уровень	0,11	0,21	0,51	0,12	0,99	0,77
Доля бюджета на социально-культурные расходы, %						
В-коэффициент	1,3	-0,4	3,0	0,01	0,8	0,05
P-уровень	0,59	0,66	0,25	0,99	0,57	0,82
Вредные условия труда, %						
В-коэффициент	1,0	6,6	2,7	1,5	-0,6	0,8
P-уровень	0,91	0,059	0,79	0,52	0,91	0,29

отражает «омоложение» популяции вследствие повышенной смертности мужчин трудоспособного возраста от БСК и ЦВБ.

Зависимость смертности населения по причине сердечно-сосудистых заболеваний от злоупотребления алкоголем анализируется в многочисленных эпидемиологических и популяционных исследованиях [12, 13]. Анализ вклада злоупотребления алкоголем в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России в 1980—2001 гг. показал, что соответствующие показатели достигают 25,6% у мужчин и 15,4% у женщин (в среднем 19,4%, или 194,4 тыс. смертей в год) [14]. Кроме того, 20—25% всех смертей от сердечно-сосудистых заболеваний связаны с прямым или косвенным (отсроченным) действием алкоголя [7].

Анализ предикторов региональных различий в общей смертности в возрасте 40—59 лет (старший трудоспособный возраст) выявил прямую связь со среднедушевой продажей в регионе водки, ликеро-водочных изделий и коньяка [15—17]. Полученные в нашем исследовании ассоциации потребления водки и ликеров со смертностью именно в трудоспособном возрасте от БСК, ИБС и ЦВБ свидетельствует о снижении значимости данного фактора в пожилом возрасте. Результаты соответствуют данным анализа возрастной обусловленности связи потребления алкоголя и сердечно-сосудистой смертности. У лиц младших трудоспособных возрастов алкогольная компонента превышает 20% кардиологической смертности и с возрастом снижается, в старшем трудоспособном возрасте вклад алкогольной компонента составляет около 10%.

Установлена отрицательная связь индекса Джини и смертности от БСК, что свидетельствует о сниже-

нии смертности в регионах при увеличении неравенства в распределении доходов населения.

Увеличение неравенства в распределении доходов определяется удельным весом лиц с высоким доходом в структуре населения, что зависит и от уровня промышленно-экономического развития региона. Установлено, что максимальные 5 значений индекса Джини характерны для Тюменской области (0,446), Ненецкого АО (0,445), Самарской области (0,442), Ямало-Ненецкого АО (0,440) и Свердловской области (0,430), т. е. экономически развитых регионов. Минимальные 5 значений индекса Джини установлены в Тверской (0,366), Волгоградской (0,367), Костромской (0,368) областях, республиках Алтай (0,369) и Карелия (0,371).

Уровень образования представляет собой одну из важных характеристик социально-экономического статуса индивида, влияние которого на сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность опосредуется различиями в распространенности факторов сердечно-сосудистого риска. В таких развитых странах, как Япония, Канада и Великобритания, низкий социально-экономический статус сопровождается неблагоприятной ситуацией по артериальной гипертензии, ожирению, липидному профилю, уровням триглицеридов, курению, прежде всего за счет различий в доступности медицинской и профилактической помощи.

По данным отечественных исследований, более высокая распространенность артериальной гипертензии и факторов сердечно-сосудистого риска характерна для лиц с низким социально-экономическим положением, что согласуется с соответствующим трендом в экономически развитых странах.

По другим социально-экономическим показателям не выявлено статистически значимой связи со смертностью населения в регионах. Необходимо отметить достаточно высокий вклад неучтенных факторов риска смертности в построенных моделях. В их число входят климато-географические, этнические, медико-организационные и другие особенности регионов.

Заключение

Все модели статистически значимы, коэффициенты регрессии достигают высоких значений, социально-экономические предикторы на 40—75% объясняют разброс региональных показателей смертности. Из всех социально-экономических показателей выраженное влияние на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний оказывает удельный вес в населении региона лиц пенсионного возраста. Вклад его в региональные различия смертности достигает по разным классам смертности от сердечно-сосудистых заболеваний 13—35%. В трудоспособном возрасте стабильным предиктором данной смертности является среднедушевое потребление крепких алкогольных напитков (вклад 5—7%). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости учета при анализе популяционных различий смертности от сердечно-сосудистых заболеваний демографических и социально-экономических особенностей регионов.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Бойцов С. А., Самородская И. В. Динамика показателей и группировка субъектов Российской Федерации в зависимости от общей и сердечно-сосудистой смертности за период 2000—2011 гг. *Профилактическая медицина*. 2014;(2):3—11.
- Шальнова С. А., Деев А. Д., Оганов Р. Г. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2005;4(1):4—9.
- Артамонова Г. В., Максимов С. А., Табакаев М. В., Шаповалова Э. Б. Потери здоровья от инфаркта миокарда, обусловленные антропогенным загрязнением атмосферы промышленного центра. *Гигиена и санитария*. 2015;94(3):30—4.
- Шальнова С. А., Конради А. О., Карпов Ю. А., Концевая А. В., Деев А. Д., Капустина А. В. и др. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России». *Российский кардиологический журнал*. 2012;97(5):6—11.
- Кручек М. М., Молчанова Е. В. Исследование медико-демографических процессов в регионах России методом регрессионного анализа по панельным данным. *Региональная экономика: теория и практика*. 2013;297(18):41—50.
- Молчанова Е. В., Кручек М. М. Математические методы оценки факторов, влияющих на состояние здоровья населения в регионах России (панельный анализ). Социальные аспекты здоровья населения. 2013;33(5):10. Доступно по ссылке: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/513/30/lang.ru/>
- Самородская И. В. Динамика общей и сердечно-сосудистой смертности в Российской Федерации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2004;3(6), ч. 2:87—96.
- Харченко В. И., Вирин М. М., Корякин М. В., Котлярова М. А., Шарапова Г. А., Чибисова И. В. Старение населения — одна из причин роста смертности от основных болезней системы кровообращения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2006;(3):8—16.
- Бойцов С. А., Самородская И. В. Динамика сердечно-сосудистой смертности среди мужчин и женщин в субъектах Российской Федерации (2002—2011 гг.). *Кардиология*. 2014;54(4):4—9.
- Табакаев М. В., Шаповалова Э. Б., Максимов С. А., Артамонова Г. В. Потеря здоровья населения города Кемерово от инфаркта миокарда за 2006—2012 гг. по индексу DALY. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2014;(1):21—5.
- Измеров Н. Ф., Тихонов Г. И., Горчакова Т. Ю. Смертность населения трудоспособного возраста в России и развитых странах Европы: тенденции последнего десятилетия. *Вестник РАМН*. 2014;(7—8):121—6.
- Britton A., McKee M. The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *J Epidemiol Commun Health*. 2000;54(5):328—32.
- Разводовский Ю. Е. Алкоголь и сердечно-сосудистая смертность в Беларуси. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2006;16(4):37—42.
- Немцов А. В., Терехин А. Т. Сердечно-сосудистая смертность и потребление алкоголя в России. *Профилактическая медицина*. 2008;11(3):25—30.
- Бойцов С. А., Самородская И. В., Третьяков В. В. Градиент смертности населения в возрасте 40—59 лет в субъектах Российской Федерации. *Вестник РАМН*. 2014;(7—8):106—11.
- Семенова В. Г., Антонова О. И., Евдокушкина Г. Н., Гаврилова Н. С. Потери населения России в 2000—2008 гг., обусловленные алкоголем: масштабы, структура, тенденции. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2010;14(2):2. Доступно по ссылке: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/188/30/lang.ru/>
- Fukuda Y., Hiyoshi A. Associations of household expenditure and marital status with cardiovascular risk factors in Japanese adults: analysis of nationally representative surveys. *J. Epidemiol.* 2013;23(1):21—7.

Поступила 20.10.15
Принята в печать 20.11.2015

REFERENCES

- Boyrtsov S. A., Samorodskaya I. V. Rate trends and grouping of the subjects of the Russian Federation in relation to all-cause and cardiovascular mortality in the period 2000—2011. *Profilakticheskaya meditsina*. 2014;(2):3—11 (In Russ.).
- Shal'nova S. A., Deev A. D., Oganov R. G. Factors influencing cardiovascular mortality in Russian population. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2005;4(1):4—9 (In Russ.).
- Artamonova G. V., Maksimov S. A., Tabakaev M. V., Shapovalova E. B. Health losses from myocardial infarction caused by air chemical pollution of the industrial centre. *Gigiena i sanitariya*. 2015;94(3):30—4 (In Russ.).
- Shalnova S. A., Konradi A. O., Karpov Yu. A., Kontsevaya A. V., Deev A. D., Kapustina A. V., et al. Cardiovascular mortality in 12 Russian Federation regions — participants of the “Cardiovascular Disease Epidemiology in Russian Regions” study. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal*. 2012;(5):6—11 (In Russ.).
- Kruchek M. M., Molchanova E. V. Study of health and demographic processes in Russian regions using the method of regression analysis by panel data. *Regional'naya ekonomika: teoriya i praktika*. 2013;297(18):41—50 (In Russ.).
- Molchanova E. V., Kruchek M. M. Mathematical methods to assess factors affecting population health in the Russian regions (panel analysis). *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2013;33(5):10. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/513/30/lang.ru/> (Accessed 14 October 2015) (In Russ.).
- Samorodskaya I. V. Total and cardiovascular mortality dynamics in the Russian Federation. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2004;3(6):87—96 (In Russ.).
- Kharchenko V. I., Virin M. M., Koryakin M. V., Kotlyarova M. A., Sharapova G. A., Chibisova I. V. Ageing of population in Russia as cause of increase in mortality from diseases of blood circulation system. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny*. 2006;(3):8—16 (In Russ.).
- Boyrtsov S. A., Samorodskaya I. V. Dynamics of Cardiovascular Mortality Among Men and Women in Subjects of Russian Federation (2002 to 2011). *Kardiologiya*. 2014;54(4):4—9 (In Russ.).
- Tabakaev M. V., Shapovalova E. B., Maksimov S. A., Artamonova G. V. Population health losses from myocardial infarction estimated with index DALY in Kemerovo in 2006—2012 years. 2014;(1)21—5 (In Russ.).
- Izmerov N. F., Tikhonov G. I., Gorchakova T. Yu. Mortality of Working Age Population in Russia and Industrial Countries in Europe:

Здоровье и общество

- Trends of the Last Two Decades. *Vestnik RAMN*. 2014;(7—8):121—6 (In Russ.).
12. Britton A., McKee M. The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *J Epidemiol Commun Health*. 2000;54(5):328—332.
 13. Razvodovskiy Yu. E. Alcohol and cardiovascular mortality in Belarus. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*. 2006;16(4):37—42 (In Russ.).
 14. Nemtsov A. V., Terekhin A. T. Cardiovascular mortality and alcohol consumption in Russia. *Profilakticheskaya meditsina*. 2008;11(3): 25—30 (In Russ.).
 15. Boytsov S. A., Samorodskaya I. V., Tret'yakov V. V. Gradient of Mortality of Persons Aged 40—59 in Regions of the Russian Federation. *Vestnik RAMN*. 2014;(7—8):106—11 (In Russ.).
 16. Semenova V. G., Antonova O. I., Evdokushkina G. N., Gavrilova N. S. Losses of the population of Russia in 2000—2008 caused by alcohol: scales, structure, and tendencies. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2010;14(2):2. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/188/30/lang,ru/> (Accessed 14 October 2015).
 17. Fukuda Y., Hiyoshi A. Associations of household expenditure and marital status with cardiovascular risk factors in Japanese adults: analysis of nationally representative surveys. *Journal of Epidemiology*. 2013;23(1):21—7.

© Коллектив авторов, 2018
УДК 614.2:616-083.98:34(470-571)

Москвичева М. Г., Кремлев С. Л., Щепилова Е. С.

РАЗВИТИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 454092, г. Челябинск

Одним из стратегических направлений реформирования отечественного здравоохранения является развитие первичной медико-санитарной помощи населению, включая организацию структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в неотложной форме. В своем развитии служба неотложной медицинской помощи подвергалась реорганизации и прошла путь от составляющей части скорой медицинской помощи до одной из форм оказания первичной медико-санитарной помощи. Проведенный контент-анализ свидетельствует о том, что с середины XX в. организация нормативно-правового регулирования неотложной медицинской помощи в Российской Федерации характеризовалась накоплением большого числа противоречивых и устаревших нормативно-правовых актов, регламентирующих работу службы.

К л ю ч е в ы е с л о в а : неотложная медицинская помощь; первичная медико-санитарная помощь; скорая медицинская помощь.

Для цитирования: Москвичева М. Г., Кремлев С. Л., Щепилова Е. С. Развитие неотложной медицинской помощи в Российской Федерации: анализ нормативно-правового регулирования. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(1):226—229. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-226-229>

Для корреспонденции: Москвичева Марина Геннадьевна, д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ИДПО; e-mail: moskvichevamg@mail.ru

Moskvicheva M. G., Krermlev S. L., Schepilina E. S.

THE DEVELOPMENT OF EMERGENCY MEDICAL CARE IN THE RUSSIAN FEDERATION: ANALYSIS OF NORMATIVE LEGAL REGULATION

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The South Ural State Medical University” Ministry of Health of Russia, 454092, Chelyabinsk, Russia

The development of primary medical sanitary care of population including organization of structural departments of emergency medical care is one of strategic directions of national health care reform. The emergency medical care service passed through several reorganizations from a component of acute medical care to a form of primary medical sanitary care support. The presented results of content analysis testify that in the Russian Federation, from middle of XX century, organization of normative legal regulation of emergency medical care characterized by cumulation of large number of contradictory and outdated normative legal acts regulating service functioning.

К е у в о р д с : emergency medical care; primary medical sanitary care; acute medical care.

For citation: Moskvicheva M. G., Krermlev S. L., Schepilina E. S. The development of emergency medical care in the Russian Federation: analysis of normative legal regulation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018;26(3): 226—229 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-226-229>

For correspondence: Moskvicheva M. G., doctor of medical sciences, associate professor, head of the chair of public health and health care of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The South Ural State Medical University”; e-mail: moskvichevamg@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 10.11.2016
Accepted 29.11.2016

В соответствии с постановлением Правительства¹, стратегическим направлением реформирования отечественного здравоохранения является повышение эффективности первичной медико-санитарной помощи населению, в том числе за счет развития неотложной помощи на базе поликлинических подразделений [1, 2]. На протяжении длительного времени служба скорой медицинской помощи (СМП) и неотложной медицинской помощи (НМП) подвергалась различного рода преобразованиям с целью их дальнейшего развития и совершенствования [3—5].

Цель исследования — изучение правового регулирования организации НМП в отечественном здравоохранении.

Материалы и методы

Материалами исследования явились нормативно-правовые акты: постановления органов государственной власти Российской Федерации, приказы Министерства здравоохранения СССР, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации по регулированию вопросов организации НМП. В ходе выполнения исследования выявлены, систематизированы, изучены и использованы нормативно-правовые акты, проведен их контент-анализ.

Результаты исследования

В период до 1961 г. в стране существовала единая служба скорой и неотложной медицинской помощи

¹Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Здоровье и общество

(СНМП)². В рамках исполнения постановления Совета Министров СССР³ в 1962—1965 гг. был разработан план мероприятий по улучшению обслуживания населения СНМП, среди которых наиболее приоритетными стали развитие станций и отделений СНМП, организация в городах при поликлиниках отделений НМП для круглосуточного обеспечения населения на дому, разработка Институтотом организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко нормативов потребности в оказании СНМП и штатных нормативов, разработка типовых проектов станций, отделений СНМП⁴. Основной задачей станции СМП являлось оказание СНМП городскому населению. Район обслуживания, правила вызова СМП, показания к вызову врача НМП устанавливались отделами здравоохранения. Был регламентирован порядок приема и выполнения вызовов в населенных пунктах, где не были организованы станции СМП данный вид медицинской помощи в дневное время оказывался амбулаторно-поликлиническими учреждениями, а в ночное — одним из лечебных учреждений, имеющих круглосуточное дежурство медицинского персонала. Городские станции и отделения СНМП были обеспечены санитарными автомашинами. Был определен порядок вызова и направления специализированных машин. Должности выездного состава устанавливались на каждую автомашину: для СМП — по одному посту в смену в составе врача, фельдшера и санитаря (санитарки), для НМП — по одному посту врача в смену.

Несмотря на предпринятые меры, уровень оказания СМП не в полной мере отвечал потребностям населения: наличие станций СМП и отделений НМП в поликлиниках приводило к дублированию в оказании СМП, несвоевременному оказанию СМП, станции СМП выполняли несвойственные функции, обслуживая больных на дому в часы работы поликлиник. Приказом Минздрава СССР № 608⁵ был разработан комплекс мероприятий, среди которых наиболее приоритетными стали сосредоточение оказания экстренной внебольничной медицинской помощи в вечернее и ночное время на станциях СМП, организация единых диспетчерских пунктов для вызова в вечернее и ночное время бригад СМП и дежурных врачей поликлиник.

В ряде крупных городов были организованы больницы СМП, которые обеспечили более высокое качество оказания экстренной медицинской помощи⁶. В целях дальнейшего его совершенствования были утверждены положения о больнице СМП и о

городской станции СМП: основной задачей больницы СМП стало оказание специализированной экстренной помощи в стационаре и на догоспитальном этапе, станция СМП обеспечивала экстренную помощь населению на догоспитальном этапе, транспортировку пострадавших и больных, нуждающихся в перевозке⁷. Район обслуживания и правила вызова СМП устанавливались органом здравоохранения по подчиненности станции, он же решал вопрос о возложении на станцию СМП оказания медицинской помощи населению на дому на период закрытия поликлиник и время обеспечения этих вызовов.

За период 1975—1983 гг. завершилось объединение СМП и НМП в единую службу, что сделало более доступным данный вид медицинской помощи, но эффективного взаимодействия между станциями СМП и НМП, поликлиниками и больницами достигнуто не было. Приказом Минздрава СССР № 1490⁸ в 1984 г. были определены основные задачи станции (отделения) СНМП и четко разделены показания для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи. Для оказания экстренной помощи станция направляла бригады, включавшие врачей, средний и младший медицинский персонал, а для оказания НМП — врача СНМП.

За 1981—1986 гг. число вызовов на станции (отделения) СНМП по обслуживанию хронических больных продолжало увеличиваться вследствие того, что большинство поликлиник прекращало прием вызовов врача на дом за 4—6 ч до завершения работы, пациенты с хроническими заболеваниями не наблюдались участковыми врачами, активные вызовы в поликлиники не передавались или передавались в ограниченном количестве, бригады СМП выполняли не свойственные им функции, а нагрузка участковых врачей по оказанию помощи на дому оставалась на $\frac{1}{3}$ ниже расчетной. С целью улучшения работы станций (отделений) СМП и повышения ответственности территориальных поликлиник за оказание медицинской помощи прикрепленному населению, для освобождения СМП от выполнения не свойственных им функций приказом Минздрава СССР № 404⁹ в 1988 г. была регламентирована организация в поликлиниках пунктов (отделений) медицинской помощи на дому, штаты которых были сформированы за счет имеющейся численности врачебных должностей станций (отделений) СНМП для оказания НМП, они были обеспечены транспортом, население было информировано об их организации, в территориальных поликлиниках была организована

² Приказ по Министерству здравоохранения СССР от 12.05.1956 г. № 206-А «О мероприятиях по улучшению работы станций скорой медицинской помощи».

³ Постановление Совета Министров СССР от 05.11.1961 г. № 987 «Об улучшении обслуживания населения скорой и неотложной медицинской помощью».

⁴ Приказ Министерства здравоохранения СССР от 23.12.1961 г. № 570 «Об улучшении обслуживания населения скорой и неотложной медицинской помощью».

⁵ Приказ Министерства здравоохранения СССР от 06.08.1968 г. № 608 «О мерах по дальнейшему развитию, совершенствованию и упорядочению скорой медицинской помощи».

⁶ Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 05.07.1968 г. № 517 «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране».

⁷ Приказ Министра здравоохранения СССР от 01.06.1972 г. № 452 «О дальнейшем развитии и совершенствовании работы больниц скорой медицинской помощи».

⁸ Приказ Министерства здравоохранения СССР от 29.12.1984 г. № 1490 «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию скорой и неотложной медицинской помощи населению».

⁹ Приказ Министерства здравоохранения СССР от 20.05.1988 г. № 404 «О мерах по дальнейшему совершенствованию скорой медицинской помощи населению».

служба дежурных врачей (терапевтов и педиатров), бригады медицинских сестер. Несмотря на принятые меры по передаче НМП амбулаторно-поликлинической службе, почти в 60% случаев служба СМП выполняла не свойственные ей функции, при этом большая часть выездов бригад СМП к пациентам, нуждающимся в оказании экстренной помощи, выполнялись несвоевременно, что требовало разработки территориальных программ развития службы СМП.¹⁰ Статьей 38 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»¹¹ в 1993 г. было определено, что среди видов медицинской помощи первичная медико-санитарная помощь являлась основным видом и включала в себя в том числе лечение неотложных состояний. При этом в отдельный вид НМП выделена не была.

В современном законодательстве впервые о НМП как составляющей первичной медико-санитарной помощи было сказано в 2005 г. в приказе Минздравсоцразвития России № 487¹², согласно которому первичная медико-санитарная помощь включала оказание первой (доврачебной, врачебной) и неотложной медицинской помощи больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях. Федеральным законом № 258-ФЗ¹³ были внесены изменения, согласно которым НМП была выделена в отдельный вид медицинской помощи, а показания к НМП и СМП были разделены. Федеральным законом № 230-ФЗ¹⁴ из видов медицинской помощи НМП была исключена. Данный закон внес изменения в Федеральный закон № 131-ФЗ: органам местного самоуправления муниципального района и городского округа было дано право на создание службы НМП в структуре медицинских учреждений.¹⁵ Необходимость создания службы НМП в амбулаторно-поликлинических учреждениях для повышения эффективности оказания первичной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях была определена среди основных мероприятий Программы модернизации здравоохранения на 2011—2012 гг. С принятием Федерального закона № 323-ФЗ¹⁶ в 2011 г. была введена классификация медицинской помощи, согласно которой НМП отне-

сена к форме оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента, определена как возможное формирование в структуре медицинских организаций подразделений, оказывающих медицинскую помощь в неотложной форме. Изменения законодательства отразились и в регулировании лицензирования медицинской деятельности: был утвержден перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, среди которых выделены и работы (услуги) по НМП.¹⁷

Организационные основы оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме регламентированы приказом Минздравсоцразвития России № 543н¹⁸, согласно которому отделение (кабинет) НМП может быть организован в структуре медицинских организаций, а также в непосредственном приближении к месту временного (сезонного) проживания контингентов граждан на территории населенного пункта. Службой НМП может осуществляться наблюдение за больными, которые получают медицинскую помощь в условиях стационара на дому, в субботние, воскресные и праздничные дни. Важность и необходимость формирования структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в неотложной форме, определена в положениях о структурных подразделениях, регламентированы мероприятия по оказанию НМП в фельдшерско-акушерских пунктах и фельдшерских здравпунктах. Данным приказом определены основные принципы организации деятельности отделения (кабинета) НМП: условия оказания, сроки ожидания, кем осуществляется НМП, условия работы и алгоритм действий медицинских работников, маршрутизация пациента с неотложным состоянием.

Для реализации основных направлений Концепции-2020¹⁹ утверждена Государственная программа «Развитие здравоохранения», где среди основных задач, стоящих перед отечественным здравоохранением, определена необходимость развития структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в неотложной форме, на базе поликлиник, приведет к повышению эффективности первичной медико-санитарной помощи. Распоряжением Правительства были введены целевые показатели структурных преобразований, среди которых «доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулатор-

¹⁰ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.1999 г. № 100 «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации».

¹¹ Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 22.07.1993 г. № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

¹² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.07.2005 г. № 487 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи».

¹³ Федеральный закон от 29.12.2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий».

¹⁴ Федеральный закон от 18.10.2007 г. № 230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий».

¹⁵ Федеральный закон от 06.10.2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

¹⁶ Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

¹⁷ Постановление Правительства Российской Федерации 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»)».

¹⁸ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

¹⁹ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 г. № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года».

Здоровье и общество

ных условиях в неотложной форме от всех расходов на программу государственных гарантий»²⁰. Динамика роста данного показателя с 1,4% в 2013 г. до 2,5% в 2018 г. позволит говорить об эффективности структурных преобразований системы оказания медицинской помощи.

Практическое внедрение НМП определяется Программой государственных гарантий, которая с 2008 г. включает показатели НМП: единицу объема, нормативы объема и стоимости единицы объема, способ оплаты²¹. С 2014 г. Программой государственных гарантий²² впервые установлены условия оказания НМП: предельный срок ожидания не должен превышать 2 ч с момента обращения в медицинскую организацию, а в разделе IX Программы государственных гарантий среди критериев доступности и качества медицинской помощи впервые появился такой показатель, как доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную программу, который свидетельствует об эффективности реализации территориальной программы государственных гарантий в части обеспечения доступности медицинской помощи.

Обсуждение

В процессе развития служба НМП подвергалась реорганизации и прошла путь от составляющей части СМП до одной из форм оказания первичной медико-санитарной помощи. НМП сегодня является одним из стратегических направлений реформирования отечественного здравоохранения, а доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме свидетельствует не только об эффективности реализации тер-

риториальной программы государственных гарантий в части обеспечения доступности медицинской помощи населению, но и об эффективности структурных преобразований системы оказания медицинской помощи в целом.

Заключение

Организация первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не теряет своей значимости, поскольку является одним из стратегических направлений реформирования отечественного здравоохранения.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Шипова В. М., Воронцов Т. Н. Планово-нормативные и финансовые показатели первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на 2015 год. *Заместитель главного врача*. 2015;(3):16—29.
2. Стародубов В. И., Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России: сценарии развития. *ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение*. 2015;2(2):34—47.
3. Щепин В. О., Миргородская О. В. Структурно-функциональный анализ деятельности службы скорой медицинской помощи Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2012;(1):29—32.
4. Богницкая Т. Н., Степанова О. В., Элькис И. Ш., Король Г. Г. О развитии организационных форм неотложной медицинской помощи в стране. *Советское здравоохранение*. 1990;(11):44—6.
5. Стародубов В. И., Калининская А. А., Шляфер С. И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития: научное издание. Москва: Медицина; 2007.

Поступила 10.11.2016
Принята в печать 29.11.2016

REFERENCES

1. Shipova V. M., Vorontsov T. N. Planning and regulatory and financial indicators of primary health care in an outpatient setting for 2015. *Zamestitel' glavnogo vracha*. 2015;(3):16—29 (In Russ.).
2. Starodubov V. I., Ulumbekova G. E. Public Health of Russia: development scenarios. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie*. 2015; 2(2):34—47 (In Russ.).
3. Schepin V. O., Mirgorodskaya O. V. The Structural functional analysis of the activities of the ambulance service of the Russian Federation. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2012;(1):29—32 (In Russ.).
4. Bognicka T. N., Stepanova O. V., Alkis I. S., King G. G. On the development of organizational forms of emergency medicine in the country. *Sovietskoe zdavookhranenie*. 1990;(11):44—6 (In Russ.).
5. Starodubov V. I., Kalininskaya A. A., Shlyafers S. I. Primary health care: state and development prospects: scientific publication. Moscow: Medicine; 2007 (In Russ.).

²⁰ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 г. № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения».

²¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 15.05.2007 г. № 286 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год».

²² Постановление Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 г. № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

Реформы здравоохранения

© Коллектив авторов, 2018
УДК 615.11/12:659.111.25

Кудряшова А. И., Орлова Е. В., Ростова Н. Б.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КОМПАНИЙ — ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ИНФОРМИРОВАНИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВ

ФГБОУ ВПО «Пермская государственная фармацевтическая академия» Минздрава России, 614990, г. Пермь

В статье обозначена роль представителя компании — производителя лекарственных средств в информировании специалистов здравоохранения о лекарственных препаратах, согласно документации ВОЗ. Представлены анализ регламентации порядка и разрешенных способов их взаимодействия со специалистами в Российской Федерации, а также представлено мнение медицинских специалистов о роли представителей фармацевтических компаний в части их информирования о лекарствах. Отражены результаты анкетирования медицинских представителей с позиции их роли и задач в части информационной деятельности при взаимодействии со специалистами, сформулированы предложения о необходимости законодательной регламентации деятельности представителей компаний-производителей и порядке их взаимодействия со специалистами.

Ключевые слова: рациональное использование лекарственных средств; система информации и информирования специалистов по лекарственным средствам; представители компаний — производителей лекарственных препаратов.

Для цитирования: Кудряшова А. И., Орлова Е. В., Ростова Н. Б. Деятельность представителей компаний — производителей лекарственных препаратов в информировании специалистов с целью рационального использования лекарств. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2018;26(2):230—235. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-230-235>

Для корреспонденции: Ростова Наталья Борисовна, д-р фарм. наук, профессор кафедры управления и экономики фармации Пермской государственной фармацевтической академии; e-mail: N-Rostova@mail.ru

Kudriashova A. I., Orlova E. V., Rostova N. B.

THE ACTIVITIES OF REPRESENTATIVES OF COMPANIES-MANUFACTURERS OF PHARMACEUTICALS RELATED TO INFORMING SPECIALISTS WITH PURPOSE OF EFFICIENT APPLICATION OF MEDICATIONS

The State Budget Educational Institution of Higher Professional Education “The Perm state Pharmaceutical Academy” of Ministry of Health of Russia, 614990, Perm, Russia

The article presents the role of representative of company-manufacturer of pharmaceuticals in informing health care specialists about medications according WHO documentation. The analysis of regulation of procedure and permitted modes of their interaction with specialists in the Russian Federation. Also, an opinion of medical specialists is presented concerning the role of representatives of pharmaceutical companies in the portion of informing about medications. The results of questionnaire survey of medical representatives from the position of their role and tasks are presented concerning information activity during interaction with specialists. The proposals are formulated concerning necessity of legislative regulation of activities of representatives of the companies-manufacturers of pharmaceuticals.

Key words: rational application of the medications; system of information and informing specialists about pharmaceuticals; representative; companies-manufacturers of pharmaceuticals.

For citation: Kudriashova A. I., Orlova E. V., Rostova N. B. The activities of representatives of companies-manufacturers of pharmaceuticals related to informing specialists with purpose of efficient application of medications. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2017;16(2):230—235 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-230-235>

For correspondence: Rostova N. B., doctor of pharmaceutical sciences, professor, of the Chair of Management and economic of pharmacy of the State Budget Educational Institution of Higher Professional Education “The Perm state Pharmaceutical Academy”; e-mail: N-Rostova@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 24.10.2017
Accepted 01.03.2018

В настоящее время в Российской Федерации совершенствование лекарственного обеспечения населения является одним из приоритетных направлений государственной политики. Принята Стратегия лекарственного обеспечения населения до 2025 г., для достижения целей которой предусмотрено решение ряда задач: создание системы обеспечения рационального использования лекарственных препаратов (ЛП) для медицинского обеспечения, повыше-

ние квалификации медицинских и фармацевтических работников по вопросам рациональной лекарственной терапии, и др.¹

Изучение зарубежного опыта показало, что ВОЗ уделяет большое внимание созданию системы раци-

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 февраля 2013 г. № 66 «Об утверждении стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации».

Реформы здравоохранения

онального использования лекарств и рекомендует реализовать 12 ключевых положений, способствующих рациональному использованию лекарств, одним из которых является создание независимой объективной профессиональной информации о лекарственных средствах (ЛС). Качественная реализация рекомендованных положений ВОЗ невозможна без четко организованной и регламентированной системы информации о ЛС и информирования специалистов и потребителей о ЛС [1, 2].

Положения и другие составляющие информационной системы о ЛС в РФ отражены в Федеральных законах РФ от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», от 13 марта 2006 г. № 38-ФЗ «О рекламе», в приказах Минздрава России от 26 марта 2001 г. № 88 «О введении в действие отраслевого стандарта «Государственный информационный стандарт лекарственного средства. Основные положения» и от 28 мая 2003 г. № 224 «Об утверждении положения об информационной системе, обеспечивающей субъекты обращения лекарственных средств необходимой информацией».

В процессе анализа данных регламентирующих документов были выявлены определенные расхождения и неточности, связанные с тем, что некоторые из них были подготовлены еще в период действия ФЗ от 22 июня 1998 г. № 86 «О лекарственных средствах». Так, один и тот же вопрос в различных документах определен по-разному: в одном дается определение источника информации по ЛС, а в другом определены его структура и содержание. В изученных документах не нашли отражения вопросы о порядке получения и использования информации о ЛС различными потребителями [3]. Анализ данной сложившейся ситуации позволяет отметить несовершенство как регламентации, так и организации системы информации о ЛС в России на современном этапе.

Эксперты ВОЗ признают, что в отсутствие четко организованной системы информации о ЛС, активное информирование специалистов о них происходит по разным каналам, которые осуществляют, как правило, производители ЛП, заинтересованные в сбыте своей продукции, и информация о ЛС становится составной частью продвижения ЛП на рынок. Осознавая столкновение интересов производителей и специалистов здравоохранения, эксперты ВОЗ разработали «Этические критерии продвижения ЛС на рынок», целью которых является обеспечение такого продвижения, которое будет содействовать улучшению медико-санитарной помощи благодаря рациональному использованию ЛС. Данным документом регламентированы перечень видов информационных источников о ЛС и требования к содержанию предоставляемой информации [4].

Признанными ВОЗ источниками информации о ЛС наряду с рекламой, предназначенной для работников, занятых в сфере здравоохранения, и населения, симпозиумами и другими научными собраниями является деятельность компаний — производителей ЛП. А среди предусмотренных ВОЗ требований ко всем видам рекламы, предназначенной для

работников, занятых в сфере здравоохранения, отмечается необходимость построения информационных материалов на основе научной информации о медико-биологических свойствах конкретного ЛС, включая необходимость отображения информации по обязательным разделам: название активного компонента с использованием международного непатентованного наименования (МНН), фирменное наименование, содержание активного компонента в дозе или порядок приема, названия других компонентов, способных вызывать неблагоприятные побочные действия, утвержденные терапевтические показатели, дозировка или порядок приема, побочные эффекты и основные неблагоприятные действия лекарства, меры предосторожности, противопоказания и предупреждения, важнейшие взаимодействия между ЛС, название и адрес изготовителя или предприятия оптовой торговли, ссылка на научную литературу о данном препарате [4].

Среди требований к работе представителей компаний — производителей ЛП, предусмотренных данным документом, важно отметить требования к образованию и этичности работы:

- ♦ обязательное наличие медицинского образования и владение необходимыми техническими знаниями, профессиональная подготовленность, добросовестность при предоставлении информации о рекламируемом продукте;
- ♦ предоставление полной и объективной информации при соблюдении точности формулировок с исключением побуждающего действия на лиц, назначающих ЛП;
- ♦ определение ответственности компаний — производителей ЛП за качество деятельности и заявления представителей, оплата работы которых не должна зависеть от объемов продаж продвигаемых ими ЛС [4].

Ассоциацией зарубежных фармацевтических производителей (AIPM) признается ответственность фармацевтической индустрии за предоставление обществу объективной информации о ЛП, поскольку фармацевтические продукты представляют собой социально значимую продукцию, от свойств которой зависят состояние здоровья населения и риск, которому может быть подвергнуто общественное здоровье при отсутствии необходимой регламентации порядка предоставления данной информации [5]. Согласно принятому Кодексу надлежащей практики, зарубежные производители берут на себя ответственность за предоставление ненадлежащей рекламы или иных недобросовестных методов продвижения фармацевтических продуктов. Однако при отсутствии государственной регламентации данных вопросов мы не можем быть уверены, что информационная деятельность компаний — производителей ЛП содействует целям рационального использования лекарств.

Цель проводимого исследования — изучение деятельности представителей компаний-производителей (включая регламентацию) и их взаимодействие со специалистами в части информирования о ЛП.

Исследование направлено на разработку предложений по оптимизации их деятельности и взаимодействия со специалистами с целью минимизировать их влияние на рациональный выбор, назначение и использование ЛП.

Материалы и методы

В качестве объектов исследования выступали: международные документы и нормативно-законодательные акты РФ, регламентирующие информационные источники по ЛС, медицинские специалисты, осуществляющие профессиональную деятельность, представители компаний — производителей ЛП, данные сайта Росздравнадзора (о научных мероприятиях, проводимых компаниями — производителями ЛП). Использовались также социологический опрос (анкетирование), методы единовременного, системного и логического анализа.

В Российской Федерации деятельность представителей компаний — производителей ЛП регулируется законодательно (Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Согласно нормативно-правовым актам, медицинскому работнику запрещено осуществлять прием представителей компаний, а медицинским представителям — осуществлять визиты в рабочее время в медицинскую организацию, за исключением определенных условий:

- ♦ если посещение проводится в рамках клинического исследования в соответствии с заключенными договорами между медицинской организацией и компанией;
- ♦ если встреча происходит в рамках мероприятия по профессиональному усовершенствованию в порядке, установленном организацией;
- ♦ если встреча состоится на мероприятии, направленном на предоставление информации, связанной с осуществлением мониторинга безопасности ЛП.

При этом обе стороны несут ответственность за нарушение требований каждого из названных законов.

Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» также определяет требования к организации и проведению научных мероприятий, иных мероприятий, направленных на повышение профессионального уровня медицинских работников или на предоставление информации, связанной с осуществлением мониторинга безопасности ЛП, о которых говорится в ст. 67.1 данного закона. А в ст. 67.2 определены две категории мероприятий, на организаторов которых налагаются ограничения и предъявляются требования: мероприятия (научные и иные), направленные на повышение профессионального уровня медицинских работников; мероприятия, направленные на предоставление информации, связанной с осуществлением мониторинга безопасности ЛП.

Организаторы мероприятий обязаны обеспечивать доступ к информации о дате, месте, времени, планах, программах проведения указанных меро-

приятий и темах, планируемых для рассмотрения, составе их участников путем размещения соответствующей информации на своих официальных сайтах в сети Интернет не позднее 2 мес до начала проведения указанных мероприятий. Также организаторы мероприятий должны направить информацию о проведении мероприятия в Росздравнадзор для размещения на официальном сайте в сети Интернет за 2 мес до начала проведения мероприятия.

Таким образом, с одной стороны, законодательно введены запреты и ограничения на взаимодействия компаний — производителей ЛС, а с другой — разрешены контакты и взаимодействия в рамках проведения клинических исследований ЛП, клинических испытаний медицинских изделий, участие, в порядке, установленном администрацией медицинской организации, в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации, связанной с осуществлением мониторинга безопасности ЛП и мониторинга безопасности медицинских изделий.

Однако ни одним документом не определены требования к предоставляемой информации, к наличию и уровню профессионального образования у представителей компаний-производителей, а также этичности взаимодействия в разрешенных способах работы. Кроме того, нет установленных правил взаимодействия медицинских представителей с населением.

В связи с этим очевидны возможности работы медицинских представителей в интересах компаний — производителей ЛП, поскольку даже в регламентированных способах взаимодействия отсутствуют гарантии того, что они информируют специалистов здравоохранения о продвигаемых ими ЛП, предоставляя объективную и профессиональную информацию.

Разрешенные законодательством научные мероприятия, проводимые за счет средств компаний-производителей, в нашей стране носят системный характер, обеспечивающий охват большой профессиональной аудитории, позволяющий осуществлять контакт представителей фармацевтических компаний и специалистов здравоохранения.

Нами проанализировано количество мероприятий за период с 01.01.2015 г. по 30.06.2015 г. В качестве объекта исследования были выбраны извещения о проведении научных или иных мероприятий с участием медицинских работников сторонних организаций, опубликованные на сайте Росздравнадзора [6]. Местом проведения мероприятий были выбраны города Пермь, Казань, Санкт-Петербург. За указанный период в трех городах было проведено более 2 тыс. мероприятий (см. таблицу).

Несмотря на обязательность предоставления информации компаниями-производителями для Росздравнадзора по проводимым мероприятиям, они не были объектами надзора контролирующего органа.

Таким образом, большое количество мероприятий, отсутствие четкого контроля структуры их про-

Реформы здравоохранения

Количество мероприятий, проведенных компаниями-производителями за первое полугодие 2015 г.

Период	Число мероприятий		
	Пермь	Казань	Санкт-Петербург
Январь	3	0	2
Февраль	2	6	8
Март	22	28	44
Апрель	122	88	217
Май	163	142	498
Июнь	113	143	429
Итого за 6 мес...	425	407	1198

ведения и взаимодействия специалистов и представителей компаний-производителей в рамках мероприятий, а также четких требований к предоставляемой информации не гарантируют повышение профессионального уровня медицинских работников по вопросам выбора, назначения и использования ЛП в соответствии с принципами рационального использования лекарств и на основе этических норм и правил.

Результаты исследования

Изучение мнения медицинских специалистов по вопросам информации о ЛС и ее роли в рациональном использовании лекарств показало, что 88,7% опрошенных специалистов для получения информации по ЛС взаимодействуют с представителями фармацевтических компаний. При этом лишь 26,7% врачей считают, что можно доверять информации, полученной от представителя фармацевтической компании. По мнению 79,6% опрошенных специалистов, информацию представителя фармацевтической компании о ЛС можно рассматривать как составляющий элемент системы информации о ЛС [7].

Установлено, что наиболее комфортное время для общения специалистов с медицинскими представителями фармацевтических компаний — это общение в рабочее время в перерывах между приемами (48,3%). Предпочитают общаться в специально отведенное время на территории работодателя — на линейках, организованных для персонала медицинской организации, — 38,7%.

Почти все (96,3%) опрошенные специалисты считают, что представитель фармацевтической компании должен обладать особыми личностными и профессиональными характеристиками, чтобы медицинский специалист мог доверять полученной от него информации. Он должен иметь высшее специализированное образование (медицинское или фармацевтическое), а также обладать следующими личностными качествами: контактность, опрятность, вежливость, честность, дружелюбность, порядочность, конкретность, правдивость, открытость, обязательность, объективность. Обязательны также уважение мнения врача, использование интеллектуально-доказательного подхода к предоставлению информации о ЛС. По мнению 80,3%, наличие у представителей фармацевтических компаний данных ка-

честв влияет на выбор специалистов в формировании общения с ними.

Больше половины (64,0%) опрошенных медицинских специалистов не считают, что ограничение доступа медицинских представителей к медицинским и фармацевтическим специалистам, определенное Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 74), благоприятно скажется на профессиональной деятельности [7].

По мнению медицинских специалистов, для эффективного использования представителя фармацевтической компании в качестве канала получения информации о ЛС необходима четкая регламентация его работы, включающая в себя обязательное определение этических критериев в работе (55,3%), жесткое регулирование требований к распространяемой информации (54,6%), утверждение регламентов взаимодействия представителей компаний со специалистами (42,3%).

Результаты анкетирования медицинских специалистов предопределили необходимость изучения деятельности представителей компаний-производителей и порядка их взаимодействия со специалистами здравоохранения по вопросам предоставления информации о ЛП.

Учитывая государственное регулирование деятельности компаний — производителей ЛП, нами изучен вопрос осведомленности медицинских представителей о законодательных актах, вводящих определенные ограничения их деятельности. Так, со ст. 74 «Ограничения, налагаемые на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности» № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» знакомы лишь 84% опрошенных. С правилами, регулируемые главой 14.1 «Ограничения, налагаемые на организации, осуществляющие деятельность по обращению лекарственных средств» Федерального закона № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», знакомы 73% опрошенных специалистов [7].

При взаимодействии со специалистами представители фармацевтических компаний отмечают, что используют следующие формы работы: контакты в рамках научных мероприятий (87%), участие в линейках, проводимых на территории медицинских и аптечных организаций (79%), личные встречи на территории организаций здравоохранения (58%), личные встречи за пределами организаций здравоохранения 37%.

Однако медицинские специалисты испытывают потребность в следующих вариантах взаимодействия с представителями фармацевтических компаний: встречи на научных мероприятиях (69%), спонсорство со стороны фармацевтических компаний в целях посещения различных конференций и образовательных мероприятий (50%), участие в акциях, проводимых фармацевтическими компаниями (47%), встречи во время «ланча» за пределами организации-работодателя (23%), участие в клинических

исследованиях, проводимых фармацевтическими компаниями (23%), встречи в рабочих кабинетах (4%).

Вопреки запрету на посещения специалистов, представители компаний-производителей отвечают, что у них имеются нормы визитной активности, которые в различных компаниях выглядят следующим образом:

- ♦ 10—15 визитов должен совершать 51% опрошенных;
- ♦ 15—20 визитов — 26%;
- ♦ 5—10 — 15%;
- ♦ 3—5 — 2%;
- ♦ более 20 визитов или отсутствие норм визитов имеют 4% опрошенных.

Таким образом, при указанной активности 100 представителей в день предположительно делают более 1 тыс. визитов. В процессе организации трудовой деятельности у 66% представителей фармацевтических компаний введена система отслеживания активности в течение дня (геолокация), что является дополнительным контролем, обеспечивающим эффективную работу представителей компаний.

Анкетирование представителей компаний-производителей показало, что согласно должностной инструкции своей компании анкетизируемые выполняют следующие функции:

- ♦ информирование специалистов о продуктах компании (94%);
- ♦ организация образовательных мероприятий для специалистов по ЛП компании (90%);
- ♦ увеличение объема продаж (83%);
- ♦ мониторинг безопасности ЛП компании (43%);
- ♦ организация логистики продуктов компании (37%).

Лишь 77% медицинских представителей считают, что обладают достаточными знаниями, чтобы обеспечить специалиста полезной, достоверной и необходимой информацией о препарате, с которым они работают.

В работе со специалистами представители фармацевтических компаний используют следующие информационные инструменты: рекламные брошюры (63%), презентационный альбом (61%), статьи из журналов (54%), справочную литературу (45%), образцы ЛП (42%). Используются рекламные материалы содержат информацию об эффективности (фармакокинетические и фармакодинамические показатели, 77%), о режиме дозирования (76%), о клинических исследованиях, проводимых для изучения данного ЛП (73%), о безопасности ЛП (67%), о побочных действиях (54%), о доступности ЛП (включая фармакоэкономические аспекты, 48%), о сравнительных данных с конкурирующими ЛП (38%). Тем не менее специалисты обращаются к представителям компаний-производителей за дополнительной информацией, которая не отражена в материалах компании. Среди интересующих специалистов дополнительных информационных аспектов представители фармацевтических компаний выделяют информацию о

результатах клинических исследований ЛП, проводимых компанией (65%), о наличии ЛП в стандартах (сами стандарты, 52%), о наличии ЛП в рекомендациях ведущих специалистов (49%), о наличии ЛП в различных списках ЛП или сами списки (например, ЖНВЛП, 29%), информацию о ценовой политике компании и о доступности препарата (2%), о режиме применения ЛП и механизме действия ЛП (1%). Все опрошенные представители компаний-производителей отмечают, что медицинские специалисты испытывают потребность в образцах ЛП, продвижением которых занимаются компании.

Представители отмечают, что для осуществления своей деятельности и решения поставленных задач активно используют различные способности и навыки: работу с возражениями (89%), ведение переговоров (79%), проведение презентаций (72%), работу со сложными клиентами (54%), которым их регулярно и профессионально обучает работодатель.

Нами было установлено, что 79% работодателей среди компаний-производителей вводят критерии этичности работы: добросовестность в предоставлении информации (76%), полноту и объективность информации (72%), точность при осуществлении рекламной деятельности (62%), отсутствие побуждающего воздействия на специалистов (49%).

При этом 83% представителей компаний-производителей отмечают, что оплата их труда зависит от уровня продаж препаратов компании, что предопределяет заинтересованность в повышении продаж продвигаемой продукции.

Проведенное исследование позволило выявить, что представители фармацевтических компаний и специалисты здравоохранения заинтересованы во взаимодействии друг с другом, которое происходит зачастую вопреки введенным ограничениям. Большая часть (88,7%) опрошенных специалистов используют представителей компаний — производителей ЛП в качестве информационного канала о ЛП, и 79,6% считают их составляющим элементом системы информации о ЛС. Однако медицинские специалисты не всегда доверяют информации, полученной от представителя компании, получают информацию по всем интересующим аспектам, готовы взаимодействовать с представителями компаний-производителей в разрешенных способах работы. При этом отсутствие требований к предоставляемой информации и четких критериев этичности взаимодействия не благоприятствует получению информации, способствующей рациональному использованию лекарств.

Заключение

Изучение рекомендаций ВОЗ, российского законодательства и результаты проведенных исследований позволяют сделать вывод о том, что для использования представителя компаний-производителей в качестве источника информации для целей рационального применения лекарств неэффективно вводить отдельные ограничения их деятельности. Необходимо регламентировать их деятельность и поря-

Реформы здравоохранения

док взаимодействия со специалистами, особенно в части информирования специалистов о ЛП, включая регламентацию ответственности за несоблюдение установленных требований. Нами сформулированы **предложения** по оптимизации деятельности представителей компаний — производителей ЛП в целях содействия рациональному использованию ЛС. Они включают следующие аспекты:

- ♦ требования к представителям компаний-производителей, соответствие которым позволит организовать их работу на профессиональном уровне и будет способствовать формированию доверительного отношения специалистов здравоохранения к представителям компаний — производителей ЛП как информационному каналу;
- ♦ требования, которым должна соответствовать информация, предоставляемая компанией, вне зависимости от используемого информационного канала;
- ♦ требования к организации научных и иных мероприятий, направленных на повышение профессионального уровня, которые включают критерии по организации научных мероприятий, требования к лицу, предоставляющему информацию в рамках мероприятия, а также ведение Протокола научного мероприятия, который может являться механизмом контроля его организации и проведения и рассматриваться как отчетный документ компаний — производителей ЛП для контролирующего органа;
- ♦ требования к взаимодействию со специалистами в реальных условиях: предложены проекты регламентов по взаимодействию представителей с медицинскими и фармацевтическими специалистами;
- ♦ определение ответственности компаний-производителей за качество деятельности и заявлений, включая предоставление неполной и необъективной информации сотрудниками компаний.
Так, например, любая информация, распространяемая компанией — производителем ЛП, должна базироваться на принципах этичности, достоверности и обеспечивать:
- ♦ объективность предоставляемых данных (информация может быть предоставлена, если она подтверждена научными источниками);
- ♦ независимость информации о характеристиках и эффектах применения ЛП от коммерческих интересов компании и иных внешних факторов;
- ♦ полноту сведений (информация должна быть структурированной, охватывать все данные по применению и назначению ЛП);
- ♦ недопустимость предоставления искаженной информации либо упущение части сведений, необходимых для рационального выбора и правомерного использования ЛС;
- ♦ соблюдение точности формулировок во избежание разночтений и введения потребителя/специалиста в заблуждение, исключение из рекламы утверждений неясного характера;

- ♦ отсутствие побуждающего действия на специалистов;
- ♦ содержание информации о ЛП по всем разделам, определенным «Этическими критериями продвижения ЛС на рынок», сформулированными ВОЗ.
Среди требований к организации научных и иных мероприятий, направленных на повышение профессионального уровня, требования к лицу, предоставляющему информацию в рамках мероприятия, включают:
- ♦ наличие высшего профильного образования;
- ♦ достаточный уровень квалификации и наличие знаний в предметной области;
- ♦ построение доклада на основе научно обоснованных (проверяемых) данных и в соответствии с требованиями, предъявляемыми к информации о ЛП;
- ♦ необходимость заявления докладчика о конфликте интересов путем включения в доклад и презентации информацию об этом.

Законодательная регламентация данных требований, а также определение мер ответственности для компаний-производителей будут способствовать развитию их взаимодействия со специалистами по информированию о ЛС в целях содействия рационального использования лекарств.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения. Содействие рациональному использованию лекарственных средств: ключевые моменты. *Перспективы политики ВОЗ в области лекарственных препаратов*. Женева; 2002.
2. Promoting rational use of medicines. — <http://www.who.int/medicines/publications/policyperspectives/ppm05en.pdf>
3. Об обращении ЛС: ФЗ РФ от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ.
4. Ростова Н. Б., Кудряшова А. И. Информация о лекарственных средствах. Национальное регулирование и международные подходы. *Российский медицинский журнал*. 2015;(5):47—52.
5. Этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок ВОЗ, 1988 г. <http://refrend.ru/123104.html>
6. Кодекс надлежащей практики АИПМ. <http://aipm.org>
7. www.roszdravnadzor.ru
8. Ростова Н. Б., Кудряшова А. И. Система информации по лекарственным средствам и ее роль в рациональном использовании лекарств. Мнение медицинских специалистов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2016;25(2):106—10.

Поступила 24.10.2017
Принята в печать 01.03.2018

REFERENCES

1. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: the key points. *Prospects of WHO's medicines*. Geneva; 2002 (In Russ.).
2. Promoting rational use of medicines. <http://www.who.int/medicines/publications/policyperspectives/ppm05en.pdf>
3. Rostova N. B., Kudryashova A. I. Information about drugs. National regulation and international approaches. *Russian Medical Journal*. 2015;(5):47—52 (In Russ.).
4. On circulation of drugs: Federal Law of the Russian Federation of 12.04.2010, № 61-ФЗ.
5. «Ethical criteria for medicinal drug promotion market» WHO, 1988. <http://refrend.ru/123104.html>
6. Codex of good practice AIPM. <http://aipm.org> (in Russian)
7. www.roszdravnadzor.ru (in Russian)
8. Rostova N. B., Kudryashova A. I. The opinion of medical experts about the system of information on medicines and its role in rational use of medicines. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2016;25(2):106—10 (In Russ.).

© Коллектив авторов, 2018
УДК 614.2:618.396-039.41-082

Вартанян Э. А.², Гриднев О. В.¹, Белостоцкий А. В.¹, Песенникова Е. В.¹, Гадаборшев М. И.¹, Куциц С. С.²

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТКАМ С ПРИВЫЧНЫМ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 127018, г. Москва;

²ГБУЗ «Государственная клиническая больница им. М. П. Кончаловского ДЗМ», 124489, г. Москва

Распространенность привычного невынашивания беременности варьирует на территории РФ и между другими странами. Частота преждевременных родов в Зеленоградском административном округе Москвы за 2013—2015 гг. в среднем составила 4,5—4,7%, а доля привычного невынашивания беременности — 3,6%, что является достаточно низким показателем по сравнению с округами Москвы и в среднем по России. В статье описана трехуровневая модель оценки эффективности оказания акушерско-гинекологической помощи населению на амбулаторном этапе: медицинская, экономическая и социальная эффективность.

Ключевые слова: привычное невынашивание; акушерская помощь; женская консультация; Зеленоградский административный округ; медицинская эффективность; экономическая эффективность; социальная эффективность.

Для цитирования: Вартанян Э. А., Гриднев О. В., Белостоцкий А. В., Песенников Е. В., Гадаборшев М. И., Куциц С. С. Анализ современных подходов к оценке эффективности медицинской помощи пациенткам с привычным невынашиванием беременности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2018;26(4):236—239 DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-236-239>

Для корреспонденции: Вартанян Элен Араевна — заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи; e-mail: elenvartanian@gmail.com.

Vartanian E. A.², Gridnev O. V.¹, Belostotsky A. V.¹, Pesennikova E. V.¹, Gadaborshev M. I.¹, Kuchitz S. S.²

THE ANALYSIS OF ACTUAL APPROACHES IN EVALUATING EFFICIENCY OF MEDICAL CARE OF FEMALE PATIENTS WITH HABITUAL MISCARRIAGE

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

²The State Budget Institution of Health Care “The M.P. Konchalovsky State Clinical Hospital” of the Moscow Health Care Department, 124489, Moscow, Russia

The prevalence of habitual miscarriage varies depending on territories of the Russian Federation and other countries. The rate of premature delivery in the Moscow Zelenograd administrative okrug in 2013—2015 in average made up to 4.5%–4.7%. The percentage of habitual miscarriage made up to 3.6% that is a rather low indicator as compared with other Moscow okrugs and national average indices. The article considers three-level model of evaluation of medical, economic and social efficiency of obstetric gynecologic care support of population at the out-patient stage.

Keywords: habitual miscarriage; obstetric care; maternity clinic; Zelenograd administrative okrug; medical efficiency; economic efficiency; social efficiency.

For citation: Vartanian E. A., Gridnev O. V., Belostotsky A. V., Pesennikova E. V., Gadaborshev M. I., Kuchitz S. S. The analysis of actual approaches in evaluating efficiency of medical care of female patients with habitual miscarriage. *Problemi socialnoi gigiyeni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny.* 2018;26(3):236—239 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-236-239>

For correspondence: Vartanian E. A., the deputy of head physician on obstetric gynecologic care of the State Budget Institution of Health Care “The M.P. Konchalovsky State Clinical Hospital”; e-mail: elenvartanian@gmail.com.

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 18.09.2017

Accepted 21.12.2017

Проблема невынашивания беременности (ПНБ) является предметом многих исследований. В последние годы определилась некоторая тенденция снижения частоты ПНБ, однако демографические показатели диктуют необходимость разработки алгоритмов оказания акушерско-гинекологической помощи на амбулаторном этапе. Именно деятельность первичных учреждений здравоохранения имеет приоритетное значение в обсуждении затронутых проблем, поскольку взаимоотношения в системе врач—пациент, организованные на этом этапе предгравидарной подготовки, являются наиболее интегрированными и приближенными к физическому, психологическому, репродуктивному здоровью семьи в целом [1].

Цель исследования — компиляция научных публикаций по проблеме предгравидарной подготовки женщин с ПНБ в женских консультациях и анализ полученной информации в аспекте деятельности учреждений дородовой помощи на территории Зеленоградского административного округа (ЗелАО).

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели были использованы поисковые системы eLIBRARY.RU и PubMed, а также методы статистической обработки архивной медицинской документации женских консультаций ЗелАО.

Результаты исследования

Своевременное принятие управленческих решений, направленных на практическую реализацию повышения качества оказания акушерско-гинекологической помощи женщинам с невынашиванием беременности, возможно исключительно на основе мониторинга деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений на федеральном и региональном уровнях. Эффективность работы всех звеньев системы здравоохранения обусловлена преемственностью между несколькими уровнями системы здравоохранения: Российской Федерации (РФ), субъектом РФ, а также с учетом муниципальной системы образования специалистов [2].

Эффективностью называют степень достижения конкретных результатов. В системе здравоохранения эффективность определяется совокупностью показателей и индикаторов, каждый из которых отражает какой-либо компонент медицинской деятельности. В связи с этим нет однозначного представления об эффективности системы здравоохранения, она неоднозначна. Следовательно, в системе здравоохранения результативность деятельности того или иного учреждения может быть на уровне нулевых и даже отрицательных значений, т. е. при отсутствии ресурсов даже самые квалифицированные знания и навыки специалистов не найдут успешного применения.

Основными направлениями в разработке, анализе и оценке количественных и качественных показателей для каждого уровня, в частности для первичного амбулаторного звена — женской консультации — являются следующие [3].

Показатели медицинской результативности, с учетом клинико-экспертного анализа, индикаторов дефектов деятельности. Медицинская эффективность подразумевает степень достижения медицинского результата. Для женщин с невынашиванием беременности это — рождение жизнеспособного ребенка; для учреждений здравоохранения и отрасли в целом медицинская эффективность измеряется специфическими показателями, например удельным весом излеченных пациенток с ПНБ, улучшением демографических показателей.

Эффективность экономической деятельности, в том числе немедицинского персонала (бухгалтерия, планово-экономический отдел, отдел кадров, отдел статистики, организационно-методический отдел, административно-хозяйственная часть). Экономическая эффективность достигается при оценке показателя соотношения полученных результатов и произведенных затрат, что необходимо для оптимизации ресурсообеспечения. Этот показатель является необходимым также для экономического обоснования мероприятий по охране здоровья населения [4].

Социальная эффективность — это степень достижения социального результата. Для каждой пациентки — возвращение к активной жизни в обществе, удовлетворенность медицинской помощью, а на уровне всей отрасли — снижение уровня показате-

лей младенческой и материнской смертности и инвалидности, удовлетворенность общества в целом системой оказания медицинской помощи [5].

В реализации проведения комплексной оценки эффективности оказания медицинской помощи пациенткам с ПНБ, наблюдавшимся в первичном звене акушерско-гинекологической помощи ЗелАО, нами применялась трехэтапная методика (Кораблев В. Н., 2015), включающая:

- ♦ сбор и анализ исходной информации о деятельности амбулаторного звена ЗелАО в оказании акушерско-гинекологической помощи женщинам с невынашиванием беременности за период 2014—2016 гг.;
- ♦ обоснование системы целевых показателей для рейтинговой оценки, их классификация, расчет итогового показателя рейтинговой оценки первичного звена акушерско-гинекологической помощи на территории ЗелАО;
- ♦ ранжирование систем здравоохранения и медицинских организаций по рейтингу на всех уровнях оказания помощи.

Так, на базе центров планирования семьи и репродукции создаются центры борьбы с бесплодием. Во многом благодаря профилактическим мероприятиям, реализуемым центрами планирования семьи, в последние годы в РФ наметилась отчетливая тенденция к снижению частоты аборт, являющихся одним из наиболее значимых факторов риска ПНБ. В центрах работают урологи, сексопатологи, генетики, психотерапевты, эндокринологи, невропатологи, предусматривается деятельность социальных работников. Большинство врачей, работающих в центрах планирования семьи и репродукции, составляют акушеры-гинекологи, прошедшие специальную подготовку по вопросам контрацепции, бесплодия, невынашивания беременности, оказания специальной помощи детям и подросткам [6].

В учреждениях, оказывающих предгравидарную подготовку семьям с ПНБ на территории ЗелАО, абортивные показатели снизились в последние годы на 15%, существенно увеличился охват женщин современными методами контрацепции. В рамках реализации федеральных целевых программ «Планирование семьи», «Безопасное материнство», «Анти-СПИД» в нашей стране реализуются основополагающие мероприятия по охране репродуктивного здоровья населения, в том числе и посвященные профилактике ПНБ [6].

Реформирование здравоохранения на современном этапе, изменение механизмов его финансирования требуют развития ресурсосберегающих форм медицинского обслуживания населения, стационар-замещающих технологий, в частности оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара. Результаты исследования, проведенного авторами статьи, показали значимую экономическую эффективность работы дневного стационара при сохранении необходимого уровня доступности и качества медицинской помощи.

На территории ЗелАО дневные стационары являются структурно-функциональными подразделениями амбулаторно-поликлинической службы. В данной статье мы не описываем основные показатели их работы, поскольку это не является целью нашего исследования.

В вопросе удовлетворенности медицинской помощью женщин и самих специалистов есть немало различий не только между конгруэнтными группами, но и внутри самих групп. Разница, скорее всего, обусловлена различиями в восприятии качества оказания акушерско-гинекологической помощи. Так, показатели качества отражаются в госпитальных отчетах, но самих женщин больше волнует выбор акушера и качество амбулаторного родового ухода [7].

Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности является одним из элементов системы менеджмента медицинской организации и обеспечивает создание единых условий для реализации требований по непрерывному повышению качества медицинской помощи, улучшению состояния здоровья населения. Актуальной задачей современности являются инструменты выбора приоритетов в управлении и прогнозирование направлений дальнейшего развития, в том числе в области общественного здоровья и здравоохранения. Система методов экспертной оценки стратегических перспектив инновационного развития, выявления технологических прорывов, способных оказать максимальное воздействие на экономику и общество, состояние общественного здоровья в средне- и долгосрочной перспективе, получила название «форсайт» [8, 9].

Форсайт (англ. *foresight* — взгляд в будущее) является одной из самых сложных методик стратегического планирования. В литературе часто встречаются такие понятия, как *technology foresight* (технологический форсайт), *roadmapping* (построение технологических дорожных карт). Форсайт-проект в медицинском обществе находится на первых ступенях внедрения. Это может повлиять на повышение качества и доступности медицинской помощи, снижение глобального бремени болезней, улучшение общественного здоровья, увеличение средней продолжительности жизни и связанную с ней демографическую ситуацию [9].

Эпидемиологический контроль является основой успешной профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями, связанными с оказанием медицинской помощи. В акушерских стационарах риск возникновения заболеваний, передаваемых половым путем, особенно велик из-за высокой восприимчивости новорожденных, особенно недоношенных. Для оптимизации процессов поиска факторов риска, обусловивших эпидемическое неблагополучие среди многообразия клинических форм гнойных инфекций, а также для установления причинно-следственных связей требовалась систематизация сбора и анализа данных от лечебно-профилактических учреждений с применением соответствующего модуля.

Программный комплекс представляет собой служебный интернет-портал, где размещено более 100 форм сбора информации, из которых формируется более 500 видов отчетов. Служебный портал является организационно-коммуникативной подсистемой, состоящей из единого центра сбора, хранения и обработки данных, электронного документооборота, системы сообщений и электронного архива документов. Модульность служебного портала позволяет создавать разделы без изменения имеющихся, кроме тех случаев, когда их нужно логически связать.

Кроме того, появляется возможность проводить телемедицинские конференции, консультирование пациенток с ПНБ заочно специалистами крупных центров или стационаров, а также обеспечить доступность высококвалифицированной помощи в отдаленных районах. В учреждениях амбулаторного приема женщин с нарушением репродуктивной помощи на территории ЗелАО такие конференции проводятся еженедельно с использованием различных вариантов технического обеспечения и каналов связи. Также для удаленного мониторинга и диагностики, в том числе в домашних условиях или в условиях отдаленных поликлиник, применима система ValidAid [10].

Некоторые зарубежные авторы ратуют за создание мобильных бригад, которые могут быть спасительными для профилактики осложнений беременности и снижения показателей неонатальной смертности также на отдаленных территориях или в условиях чрезвычайной ситуации [11].

В оценке эффективности медицинской деятельности также играет значение профессиональная компетенция специалиста. Так, в 2010 г. в Эфиопии были разработаны стандартные блоки базовой неотложной акушерской и неонатальной помощи, которые изучаются при освоении учебных программ. В этом пункте внимание привлекает необходимость не только начального образования, но и формирования крепких и долгосрочных знаний [12].

Проблемы перинатальной депрессии, страха, стигмы и потери родительства, негативный опыт перинатальной медицинской помощи, выявленные в исследовании N. Vyatt и соавт. [13], видятся решаемыми при вмешательстве в систему мать—ребенок и включении эмпатического скрининга и процесс передачи.

В зарубежных публикациях активно обсуждается вопрос делегирования части работы штатного медицинского персонала студентам медицинских вузов и училищ. Однако некоторые психологические аспекты, сомнения беременных в компетенции специалистов могут вызвать определенные трудности [12].

Под влиянием экономических причин, с целью уменьшения и сокращения расходов на госпитальное обслуживание пациенток с ПНБ ведутся исследования, доказывающие возможность осуществления прегравидарной подготовки в амбулаторном звене. «Госпиталисты» играют ключевую роль в обеспечении безопасности пациентов и в оценке эф-

Реформы здравоохранения

фективности персональной деятельности руководителей и специалистов в этой области [13].

Заключение

Индикаторы оценки эффективности оказания медицинской помощи пациенткам с ПНБ, наблюдающимся в первичном звене акушерско-гинекологической помощи, можно разделить на три стандарта: общественная эффективность здравоохранения, ресурсное обеспечение медицинской помощи, доступность и качество медицинской помощи.

Данная научно-исследовательская работа может найти практическое применение в разработке алгоритмов консолидации консультативно-диагностических организаций, осуществляющих специализированный прием пациенток, страдающих ПНБ, для повышения репродуктивного потенциала нации.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Mehta P. K., Carter T., Vinoya C. Understanding High Utilization of Unscheduled Care in Pregnant Women of Low Socioeconomic Status. *Womens Health Issues*. 2017;(9): pii: S1049-3867(17)30038-5. doi: 10.1016/j.whi.2017.01.007 [Epub ahead of print].
2. Aksoy H., Aksoy U., Ozturk M. Utilization of emergency service of obstetrics and gynecology: a cross-sectional analysis of a training hospital. *J Clin Med Res*. 2015;7(2):109—14.
3. Кораблев В. Н. Оценка результативности и эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций, 2015. Электронный ресурс. Точка доступа: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=156>. Дата обращения: 14.03.2017.
4. Muller R. W., Kruse G. B. Commentary on «Is the system really the solution? Operating costs in hospital systems»: limits to system efficiency in centralized hospital systems: illustration from the University of Pennsylvania Health System. *Med Care Res Rev*. 2015;72(3): 273—6.
5. Landwehr C., Klinnert D. Value congruence in health care priority setting: social values, institutions and decisions in three countries. *Health Econ Policy Law*. 2015;10(2):113—2.
6. Ведищев С. И. Пути профилактики и организации медицинской помощи женщинам с невынашиванием беременности. *Вестник Тамбовского университета*. 2013;119(3):146—9.
7. Gourevitch R. A., Mehrotra A., Galvin G. How do pregnant women use quality measures when choosing their obstetric provider? *Birth*. 2017;26:120—6. doi: 10.1111/birt.12273
8. Мустафина М. Д. Форсайт в общественном здравоохранении. *Научно-практический журнал «Вестник Казахского НМУ»*. 2013;(1):319—21.
9. Ломкина Е. А. Дорожные карты как элемент управления эффективностью и качеством оказания медицинской помощи. В сб.: Фотина Л. В. (ред.). Вопросы совершенствования системы государственного управления в современной России. М.; 2016. С. 67—74.
10. Wagner S., Kamper C. H., Rasmussen N. H. Reliable blood pressure self-measurement in the obstetric waiting room. *Methods Inf Med*. 2014;53(3):225—34.
11. Hussein J., Kanguru L., Astin M. The effectiveness of emergency obstetric referral interventions in developing country settings: a sys-

- tematic review. *PLoS Med*. 2012;9(7):e1001264. doi: 10.1371/journal.pmed.1001264. Review.
12. Mirkuzie A. H., Sisay M. M., Bedane M. M. Standard basic emergency obstetric and neonatal care training in Addis Ababa; trainees reaction and knowledge acquisition. *BMC Med Educ*. 2014;24(14): 201.
13. Byatt N., Biebel K., Friedman L. Patient's views on depression care in obstetric settings: how do they compare to the views of perinatal health care professionals? *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(6):598—604.
14. Kisuule F., Howell E. E. Hospitalists and Their Impact on Quality, Patient Safety, and Satisfaction. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015;42(3):433—46.

Поступила 18.09.2017
Принята в печать 21.12.2017

REFERENCES

1. Mehta P. K., Carter T., Vinoya C., Understanding High Utilization of Unscheduled Care in Pregnant Women of Low Socioeconomic Status. *Womens Health Issues*. 2017;(9): pii: S1049—3867(17)30038—5. doi: 10.1016/j.whi.2017.01.007 [Epub ahead of print].
2. Aksoy H., Aksoy U., Ozturk M. Utilization of emergency service of obstetrics and gynecology: a cross-sectional analysis of a training hospital. *J Clin Med Res*. 2015; 7(2):109—14.
3. Korablev V. N. Assessment of the effectiveness and effectiveness of the health care system and medical organizations. Electronic resource. Access point: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=156>. 2015 (In Russ.).
4. Muller R. W., Kruse G. B. Commentary on «Is the system really the solution? Operating costs in hospital systems»: limits to system efficiency in centralized hospital systems: illustration from the University of Pennsylvania Health System. *Med Care Res Rev*. 2015;72(3): 273—6.
5. Landwehr C., Klinnert D. Value congruence in health care priority setting: social values, institutions and decisions in three countries. *Health Econ Policy Law*. 2015;10(2):113—2.
6. Vedishchev S. I., Prokopov A. Yu., Osmanov E. M. Ways of prevention and organization of medical care for women with miscarriages. *Vestnik Tambovskogo universiteta*. 2013;3(119):146—9 (In Russ.).
7. Gourevitch R. A., Mehrotra A., Galvin G. How do pregnant women use quality measures when choosing their obstetric provider? *Birth*. 2017;26:120—7. doi: 10.1111/birt.12273 [2017]
8. Mustafina M. D. Foresight in Public Health. *Scientific and Practical Journal «Bulletin of Kazakh NМУ»*. 2013;1(1):319—21 (In Russ.).
9. Lomakina E. A. Road maps as an element of management of efficiency and quality of medical care. In: *Voprosy sovershenstvovaniya sistemy gosudarstvennogo upravleniya v sovremennoy Rossii* [Problems of improving the system of public administration in modern Russia]. Moscow: 2016; 67—74 (In Russ.).
10. Wagner S., Kamper C. H., Rasmussen N. H. Reliable blood pressure self-measurement in the obstetric waiting room. *Methods Inf Med*. 2014;53(3):225—34.
11. Hussein J., Kanguru L., Astin M. The effectiveness of emergency obstetric referral interventions in developing country settings: a systematic review. *PLoS Med*. 2012(7):e1001264. doi: 10.1371/journal.pmed.1001264. Review.
12. Mirkuzie A. H., Sisay M. M. Bedane Standard basic emergency obstetric and neonatal care training in Addis Ababa; trainees reaction and knowledge acquisition. *BMC Med Educ*. 2014; 24(14):201.
13. Byatt N., Biebel K., Friedman L. Patient's views on depression care in obstetric settings: how do they compare to the views of perinatal health care professionals? *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(6):598—604.
14. Kisuule F., Howell E. E. Hospitalists and Their Impact on Quality, Patient Safety, and Satisfaction. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015; 42(3):433—46 (In Russ.).

Образование и кадры

© Коллектив авторов, 2018
УДК 614.2:658.344.2

Мерзлякова С. В., Яновская Т. Э., Жилкина В. А., Пэк Т. Н.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА КОЛЛЕКТИВА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Астраханский филиал ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации»,
414045, г. Астрахань

Приведены результаты исследования, нацеленного на выявление особенностей связи психологического климата в коллективе и ценностных ориентаций сотрудников сферы здравоохранения. Авторами теоретически обосновано и эмпирически подтверждено положение о том, что ценностные ориентации сотрудников являются важным фактором формирования благоприятного психологического климата в коллективе медицинского учреждения. В ходе теоретического анализа раскрыто содержание понятия «психологический климат коллектива», обозначены детерминанты психологического климата. Для подтверждения гипотезы организовано и проведено эмпирическое исследование на базе ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» г. Астрахани. Наиболее важными терминальными ценностями являются здоровье, счастливая семейная жизнь, интересная работа, любовь, материально обеспеченная жизнь, инструментальными ценностями — аккуратность, воспитанность, честность, ответственность, исполнительность. На основании результатов корреляционного анализа сделан вывод о том, что на формирование психологического климата в коллективе медицинского учреждения в большей степени влияют терминальные, чем инструментальные ценности. Культивирование таких ценностей, как ответственность, познание, продуктивная жизнь, интересная работа, счастье других людей, способствует формированию благоприятного психологического климата в коллективе. При высокой значимости для сотрудников таких ценностей, как развлечения, свобода, материально обеспеченная жизнь, наблюдаются более низкие оценки психологического климата.

К л ю ч е в ы е с л о в а : психологический климат коллектива; ценностные ориентации; терминальные ценности; инструментальные ценности; медицинский персонал.

Для цитирования: Мерзлякова С. В., Яновская Т. Э., Жилкина В. А., Пэк Т. Н. Ценностные ориентации как фактор формирования психологического климата в медицинской организации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2017;26(4):240—242. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-240-242>

Для корреспонденции: Мерзлякова Светлана Васильевна, канд. психол. наук, доцент кафедры менеджмента и маркетинга Астраханского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации; e-mail: svetyu@yandex.ru

Merzliakova S. V., Yanovskaya T. E., Jilkina V. A., Pek T. N.

THE VALUE ORIENTATIONS AS A FACTOR OF DEVELOPMENT OF PSYCHOLOGICAL CLIMATE IN MEDICAL ORGANIZATION

The Astrakhan Branch of The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian Academy of National economy and Government Service at the President of the Russian Federation”, 414045, Astrakhan, Russia

The article presents the results of study targeted to establishment of characteristics of relationship between staff psychological climate and value orientations of health care personnel. The thesis that personnel value orientations are an important factor of development of benevolent psychological climate in medical institution staff is theoretically substantiated and empirically confirmed. The theoretical analysis developed content of staff psychological climate notion and established determinants of psychological climate. To confirm hypothesis the empirical study was organized at the basis of the Astrakhan Federal Center of cardio-vascular surgery. The most important ultimate values are health, happy family life, interesting work, love, financially secured life. The most important instrumental values are accuracy, civility, honesty, responsibility, carefulness. The correlation analysis permitted to derive that development of staff psychological climate in medical institution mainly depends on ultimate values than on instrumental ones. The cultivation of such values as responsibility, cognition, productive life, interesting work, happiness of other people inputs into development of benevolent staff psychological climate.

К e y w o r d s : staff psychological climate; value orientations; ultimate values; instrumental values; medical personnel.

For citation: Merzliakova S. V., Yanovskaya T. E., Jilkina V. A., Pek T. N. The value orientations as a factor of development of psychological climate in medical organization. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2018;26(3): 240—242 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-240-242>

For correspondence: Merzliakova S. V., candidate of psychological sciences, associate professor of the chair of management and marketing of the Astrakhan Branch of The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian Academy of National economy and Government Service at the President of the Russian Federation”; e-mail: svetyu@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 16.07.2016
Accepted 14.03.2017

Эффективность деятельности организации во многом зависит от ряда социально-психологических явлений, среди которых важную роль играет психологический климат коллектива. Благоприятная психологическая атмосфера в коллективе любой орга-

низации не только продуктивно влияет на результаты деятельности, но и перестраивает человека, формирует его новые возможности и проявляет потенциальные. Формирование благоприятного социально-психологического климата трудового коллектива

Образование и кадры

является одним из важнейших условий борьбы за рост производительности труда, качество выпускаемой продукции или предоставляемых услуг. Наиболее важным фактором, определяющим уровень психологического климата коллектива, являются ценностные ориентации сотрудников.

Проблема исследования заключена как в недостаточной теоретической разработанности вопроса формирования благоприятного психологического климата современной организации, так и в отсутствии эмпирических данных, характеризующих влияние ценностных ориентаций на психологический климат в медицинском учреждении.

Статья посвящена проблеме формирования благоприятного психологического климата в учреждениях здравоохранения посредством развития ценностных ориентаций сотрудников. Цель — выявить особенности связи психологического климата в коллективе и ценностных ориентаций сотрудников сферы здравоохранения. Достижение поставленной цели обуславливает необходимость решения следующих задач:

- ♦ провести теоретический анализ рассматриваемой проблемы, раскрыть содержание понятия «психологический климат коллектива», обозначить детерминанты психологического климата;
- ♦ установить уровень развития психологического климата в коллективе, определить иерархию терминальных и инструментальных ценностей персонала;
- ♦ выявить взаимосвязь психологического климата в коллективе и ценностных ориентаций сотрудников медицинского учреждения.

Гипотеза исследования состоит в предположении о том, что ценностные ориентации сотрудников являются важным фактором формирования благоприятного психологического климата в коллективе медицинского учреждения.

Материалы и методы

Для реализации поставленной цели и проверки исходных положений использовался комплекс методов:

- ♦ теоретические — анализ научной литературы;
- ♦ методы сбора эмпирических данных — анонимный анкетный опрос, диагностика психологического климата в малой производственной группе В. В. Шпалинского, Э. Г. Шелест, методика М. Рокича «Ценностные ориентации»;
- ♦ математико-статистические методы обработки данных — вычисление описательных статистик, ранговой корреляции Спирмена. Все расчеты выполнялись с помощью компьютерной программы IBM SPSS Statistics 21.

Психологический климат — устоявшееся понятие, которое характеризует психологическую сторону взаимоотношений между людьми. О. В. Евтихов предлагает исходить из того, что психологический климат — это комплексное эмоционально-психологическое состояние коллектива, отражающее общий психологический настрой и степень удовлетворенности работников факторами жизнедеятельности коллектива [1].

По мнению Ю. П. Платонова, психологический климат — «это такое свойство группы, которое определяется межличностными отношениями, создающими стойкие групповые настроения и мысли, от которых зависит степень активности в достижении целей, стоящих перед группой» [2].

Существенным элементом в общей концепции психологического климата являются его детерминанты, которые можно разделить на факторы внешней среды (общесоциальная, экономическая и политическая обстановка, уровень и условия жизни, культура) и внутренней (организация и условия труда, действующая система стимулирования, бытовые условия труда, методы и стиль руководства). Внешняя и внутренняя среда воздействует на психологический климат не прямо, а косвенно, через восприятие людей. Восприятие определяется принадлежностью людей к той или иной социальной группе в зависимости от характера и содержания труда, места и роли в структуре управления, профессии, пола, возраста, семейного положения и образования, потребностей, интересов, ценностей [3].

Деятельность бюджетных учреждений, в том числе относящихся к системе здравоохранения, регламентирована государством. Внести существенные изменения в режим и условия труда, систему оплаты не представляется возможным. Поэтому главной составляющей оптимизации психологического климата для таких структур являются личные характеристики участников взаимодействия [4], в том числе ценностные ориентации сотрудников.

Базой исследования стало ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» (ФЦССХ) г. Астрахани. В исследовании приняли участие 363 сотрудника, в том числе 77 мужчин и 286 женщин, из них 138 — административно-хозяйственный персонал, 225 — медицинский персонал.

В первую очередь был оценен психологический климат в структурных подразделениях ФЦССХ г. Астрахани. Методика «Диагностика психологического климата в малой производственной группе» (В. В. Шпалинский, Э. Г. Шелест) позволила получить среднегрупповые оценки психологического климата в каждом из структурных подразделений ФЦССХ. Установлено, что 306 (84,2%) опрошенных сотрудников оценили его как психологический климат высокой благоприятности, 54 (15%) — средней благоприятности и только 3 (0,8%) — незначительной благоприятности.

Результаты исследования

С помощью методики М. Рокича «Ценностные ориентации» исследована иерархия ценностей персонала. Согласно процедуре проведения методики, наиболее значимая ценность получает первое ранговое место, наименее важная занимает 18-й ранг. «Ядро» ценностного сознания составляют здоровье, счастливая семейная жизнь, интересная работа, любовь, материально обеспеченная жизнь. К числу ценностей среднего статуса принадлежат жизненная мудрость, наличие хороших и верных друзей, активная

деятельная жизнь, уверенность в себе. Общественное признание, познание, продуктивная жизнь, развитие, свобода, счастье других людей образуют группу менее значимых ценностей. Список наименее значимых ценностей содержит такие позиции, как красота природы и искусства, развлечения, творчество.

Наиболее важными инструментальными ценностями являются аккуратность, воспитанность, честность, ответственность, исполнительность, немаловажными — жизнерадостность, образованность, самоконтроль, рационализм, эффективность в делах, чуткость. Список менее значимых ценностей содержит терпимость, независимость, смелость, твердую волю, широту взглядов. Наименее существенными ценностями являются непримиримость к недостаткам в себе и других, высокие запросы.

При изучении взаимосвязи между оценкой психологического климата и значимостью (рангом) ценностей использовался корреляционный анализ. Установлено, что переменная «психологический климат» имеет корреляционные связи на уровне статистической значимости с ценностями «материально обеспеченная жизнь» (коэффициент корреляции $r = 0,168$; $p = 0,012$), «познание» ($r = -0,159$; $p = 0,017$), «продуктивная жизнь» ($r = -0,146$; $p = 0,029$), «развлечения» ($r = -0,209$; $p = 0,002$), «свобода» ($r = 0,185$; $p = 0,005$), «ответственность» ($r = -0,189$; $p = 0,005$). Наблюдается тенденция к достоверной связи психологического климата и ценностей «интересная работа» ($r = -0,119$; $p = 0,076$), «счастье других» ($r = -0,124$; $p = 0,063$).

Обсуждение

Переменная «психологический климат» положительно коррелирует с терминальными ценностями «материально обеспеченная жизнь», «развлечения», «свобода». Это означает, что большим значениям количественной переменной «психологический климат» соответствуют большие значения ранговых переменных «материально обеспеченная жизнь», «развлечения», «свобода», т. е. при высокой оценке благоприятности климата сотрудниками низкой значимостью обладают ценности «развлечения», «свобода», «материально обеспеченная жизнь».

В то же время психологический климат отрицательно коррелирует с ценностями «интересная работа», «познание», «продуктивная жизнь», «счастье других людей», «ответственность». Таким образом, высокие показатели психологического климата сочетаются с низкими рангами ценностей «интересная работа», «познание», «продуктивная жизнь», «счастье других людей», «ответственность», а климат высокой благоприятности связан со значимостью ценностей «ответственность», «познание», «продуктивная жизнь», «интересная работа», «счастье других людей».

Выводы

1. ФЦССХ открыт в Астрахани в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2008 г. Это одно из немногих в России высокотехнологичных лечебных учреждений кардиохирургического

профиля. Большинство опрошенных сотрудников оценивают климат учреждения как высокой и средней благоприятности.

2. В ценностном сознании сотрудников ФЦССХ г. Астрахани существует общее ценностно-мотивационное ядро, в котором наиболее важными оказываются ценности личного счастья: здоровье, счастливая семейная жизнь, интересная работа, любовь, материально обеспеченная жизнь. В список наименее значимых ценностей входят красота природы и искусства, развлечения, творчество. Наиболее важными инструментальными ценностями являются аккуратность, воспитанность, честность, ответственность, исполнительность. Наименее существенными ценностями являются непримиримость к недостаткам в себе и других, высокие запросы.

3. Терминальные ценности в большей степени, чем инструментальные, влияют на формирование психологического климата в коллективе медицинского учреждения. Формированию благоприятного психологического климата в коллективе способствует культивирование ответственности, познания, продуктивной жизни, интересной работы, счастья других людей. При высокой значимости для сотрудников таких ценностей, как развлечения, свобода, материально обеспеченная жизнь, наблюдаются более низкие оценки психологического климата.

Проведенное эмпирическое исследование подтвердило выдвинутую гипотезу и позволило определить перспективы дальнейших исследований в данном направлении: разработки и внедрения программы по развитию корпоративных ценностей ФЦССХ г. Астрахани.

Выражаем глубокую признательность за содействие в проведении исследования на базе ФЦССХ г. Астрахани, а также искреннюю благодарность за плодотворное сотрудничество главному врачу Д. Г. Тарасову и начальнику отдела кадров Н. Р. Петуровой.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евтихов О. В. Психология управления персоналом: теория и практика. СПб.: Речь; 2010.
2. Платонов Ю. П. Психология коллективной деятельности: теоретико-методологический аспект. М.: ИНФРА-М; 2006. С. 108.
3. Бойко В. В., Ковалёв А. Г., Панферов В. И. Социально-психологический климат коллектива и личность. М.: Академия; 1996.
4. Васюков Е. М. Оптимизация управления социально-психологическим климатом как акмеологическая задача. *Акмеология: специальный выпуск по материалам XXI акмеологических чтений аспирантов, магистрантов и молодых ученых*. 2013;(3—4): 60—3.

Поступила 16.07.2016
Принята в печать 14.03.2017

REFERENCES

1. Evtikhov O. V. *Psikhologiya upravleniya personalom: teoriya i praktika* [Psychology of Personnel Management: Theory and Practice]. Sankt-Petersburg : Rech'; 2010 (In Russ.).
2. Platonov Yu. P. *Psikhologiya kollektivnoy deyatelnosti: teoretiko-metodologicheskii aspekt* [Psychology of team Work: Theoretical and Methodological Aspect]. Moscow: INFRA-M; 2006. P. 108 (In Russ.).
3. Boyko V. V., Kovalyov A. G., Panferov V. I. *Sotsial'no-psikhologicheskii klimat kollektiva i lichnost'* [Social and Psychological Collective Climate and a Person]. Moscow: Academia; 1996 (In Russ.).
4. Vasyukov E. M. Optimization of management of social and psychological climate as an acmeological task. *Akmeologiya: special'nyy vypusk po materialam XXI akmeologicheskikh chteniy aspirantov, magistrantov i molodykh uchenykh*. 2013;(3—4):60—3.

История медицины

© Егорышева И. В., Шерстнева Е. В., 2018
УДК 613.816

Егорышева И. В., Шерстнева Е. В.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОМЗДРАВОМ РСФСР БОРЬБЫ С СОЦИАЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ В 20-е ГОДЫ XX ВЕКА

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

Организация борьбы с социальными болезнями стала одним из приоритетных направлений в деятельности Наркомздрава РСФСР в 1920-е годы. Была разработана законодательная база, создана сеть лечебно-профилактических учреждений, организована научно-исследовательская и просветительская работа.

Ключевые слова: социальные болезни; туберкулез, венерические заболевания; алкоголизм; Наркомздрав РСФСР; советское здравоохранение.

Для цитирования: Егорышева И. В., Шерстнева И. В. Организация Наркомздравом РСФСР борьбы с социальными болезнями в 20-е годы XX века. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2018;26(4):243—246. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-243-246>

Для корреспонденции: Егорышева Ирина Валентиновна, канд. ист. наук, ведущий научный сотрудник отдела истории медицины; e-mail: egorysheva@rambler.ru

Egorysheva I. V., Sherstneva E. V.

THE NARKOMZDRAV OF THE RUSSIAN SOCIALIST FEDERAL REPUBLIC ORGANIZATIONAL INPUT INTO STRUGGLE WITH SOCIAL DISEASES DURING 1920s

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

The organizational input into struggle with social diseases became one of priority directions of functioning of the Narkomzdrav of the Russian Socialist Federal Republic during 1920s. The legal foundation base was developed. The network of medical organizations was organized. The scientific research and education activities were implemented.

Keywords: social diseases; tuberculosis; venereal diseases; alcoholism; the Narkomzdrav of the Russian Socialist Federal Republic; Soviet health care.

For citation: Egorysheva I. V., Sherstneva E. V. The Narkomzdrav of the Russian Socialist Federal Republic organizational input into struggle with social diseases during 1920s. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny.* 2018;26(3): 243—246 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-243-246>

For correspondence: Egorysheva I. V., candidate of historical sciences, leading researcher of the Department of History of Medicine of Federal State Budget Scientific Institution “N.A. Semashko National Research Institute of Public Health”; e-mail: egorysheva@rambler.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 16.09.2016
Accepted 24.11.2016

К социальным принято относить болезни, возникновение которых в значительной степени зависит от неблагоприятных социально-экономических условий. В годы становления советской медицины борьба с социальными болезнями (туберкулезом, венерическими заболеваниями, алкоголизмом) стала важным направлением государственной политики в области здравоохранения. Врачебные коллегии народных комиссариатов внутренних дел, путей сообщения и государственного призрения в свое первое «Обращение» к медицинскому персоналу республики (декабрь 1917 г.) включили программу первоочередных задач, куда вошла борьба с социальными болезнями [1]. Народный комиссариат просвещения уже летом 1918 г. открыл в Москве, в Сокольниках, лесную школу для больных туберкулезом детей.

С учреждением Наркомздрава РСФСР (июль 1918 г.) была создана секция борьбы с туберкулезом.

В основу борьбы с туберкулезом ставилась социальная профилактика — оздоровление условий труда и быта населения. В качестве образцов для лечебно-профилактической работы на местах планировалось создание показательных учреждений (детский диспансер, лесная школа, школа-санаторий для детей, больных костным туберкулезом, и др.). Первый показательный туберкулезный диспансер был открыт в Москве в 1920 г. К концу 1921 г. в РСФСР были созданы 52 диспансера и 18 туберкулезных амбулаторий. В 1923 г. функционировало 58 диспансеров и 139 стационарных противотуберкулезных учреждений [2]. При диспансерах открывались небольшие стационары, дневные и ночные санатории, столовые. Создавались противотуберкулезные санатории. Эти учреждения финансировались из местных средств, государственных фондов и фонда социального страхования. Застрахованные больные пользо-

вались правом на первоочередную помощь. В 1923 г. в РСФСР в 68 губернских и уездных городах под лозунгом борьбы с детским туберкулезом прошел первый туберкулезный трехдневник, в ходе которого проводилась санитарно-просветительная работа, собирались пожертвования, обсуждались актуальные проблемы борьбы с туберкулезом [3].

В середине 1920-х годов было положено начало борьбе с туберкулезом на селе, что потребовало дополнительной подготовки специалистов. В Москве, Петрограде, Ялте, Краснодаре, Одессе, Харькове были созданы туберкулезные институты, при них работали краткосрочные (3—6 мес) курсы для врачей, имевших общую клиническую подготовку. В 1921 г. в Московском университете создали кафедру по борьбе с туберкулезом, которую возглавил проф. В. А. Воробьев.

В 1923 и 1924 гг. были проведены съезды, обсудившие ряд научных и организационных вопросов борьбы с туберкулезом. С 1922 г. стали выходить сборники по проблемам борьбы с туберкулезом, а в 1923 г. выпущен журнал «Вопросы туберкулеза» (с 1935 г. — «Проблемы туберкулеза»), где публиковались статьи отечественных и иностранных авторов.

Первая бесплатная венерологическая поликлиника была открыта в г. Одессе для лечения портовых рабочих и моряков (1917). В октябре 1918 г. при Наркомздраве был создан подотдел по борьбе с венерическими заболеваниями, а при нем специальная комиссия в качестве научно-консультативного органа [4]. При губернских здравотделах были организованы местные подразделения для борьбы с венерическими заболеваниями. Программа подотдела включала распространение среди населения сведений о способах предупреждения венерических заболеваний, подготовку специалистов, организацию современной и доступной медицинской помощи, организацию сбора статистических материалов, разработку законодательных актов и др. [5].

При Наркомздраве был открыт Государственный венерологический институт (1921), который наряду с научной работой вел подготовку венерологов. При институте был организован показательный диспансер со стационаром на 80 коек, обслуживавший рабочий район Москвы (Красную Пресню). Диспансер принимал до 700 человек в день. К началу 1919 г. в РСФСР одна венерическая койка приходилась на 27 тыс. жителей и одна специальная амбулатория на 123 тыс., а в 1921 г. — на 9,6 тыс. и 44 тыс. населения соответственно [6]. Венерологические амбулатории были организованы во многих крупных городах России. Большую роль в борьбе с гонореей сыграли женские консультации. Московские заводы наладили производство препаратов, идентичных немецкому неосальварсану (новоарсол и новоарсолан). В 1921 г. обеспеченность медикаментами улучшилась за счет поставок из Германии [7].

Основную роль в организации венерологической службы сыграли кожно-венерологические диспансеры. С целью выявления источников заражения они проводили осмотры рабочих предприятий, красно-

армейских частей, детских учреждений, организовали работу в консультациях для беременных. Диспансеры развернули просветительную работу, особенно среди молодежи: знакомили с вопросами половой гигиены, причинами заражения венерическими заболеваниями, способами предохранения, информировали об уголовной ответственности за заражение другого.

На селе организовывались венерологические пункты, передвижные отряды, подвижные и стационарные диспансеры. В. М. Броннером были разработаны методика и опросные листы для посемейно-подворных обходов. Санитарное просвещение стало важнейшей задачей в борьбе с венерическими заболеваниями на селе. Секцией Наркомздрава в 1920-е годы было издано 5 млн листовок, 400 тыс. брошюр, 40 тыс. плакатов, в городах организованы выставки, снаряжались поезда со специальными вагонами для наглядной агитации. В летнее время по Волге курсировали плавучие выставки. Практиковались «недели борьбы с венерическими болезнями», в течение которых велась просветительная работа. С 1924 г. секция по борьбе с венерическими заболеваниями Наркомздрава начала издавать журнал «Венерология и дерматология». Был проведен ряд Всесоюзных съездов по борьбе с венерическими заболеваниями (1923, 1925, 1929, 1937), на которых обсуждались методы работы венерологических учреждений в городе и на селе, происходил обмен опытом. Съезды рекомендовали проводить реакцию Вассермана у всех беременных и осмотр новорожденных венерологами, вести карточный учет венерических больных.

Для борьбы с социальными болезнями в местах заключения в 1924 г. Наркомздрав разработал специальные бланки, по которым врачи в тюрьмах, лагерях и губернских домах заключения проводили сбор статистических материалов [8]. Местные органы доставляли в Наркомздрав сведения о заболеваемости сифилисом, мягким шанкром и гонореей.

Ликвидация проституции являлась одной из задач борьбы с венерическими заболеваниями. Осенью 1922 г. при Наркомздраве был создан Центральный совет по борьбе с проституцией из представителей разных ведомств и общественных организаций. Аналогичные советы были созданы на местах. Наркомздрав считал необходимым усиление административного надзора за местами вовлечения женщин в проституцию, организацию доступного лечения венерических болезней. В циркуляре от 13 декабря 1922 г. (№ 312) рекомендовалось местным властям при сокращении работников проявлять осторожность в отношении необеспеченных женщин, «памятуя, что неосторожные мероприятия в этой области толкают наименее устойчивых в ряды проституции» [8].

В дополнение к ст. 150 Уголовного кодекса РСФСР об уголовной ответственности за заведомое заражение венерической болезнью ВЦИК и Совнарком РСФСР 24 января 1927 г. приняли постановление о принудительном лечении.

Успехи в борьбе с проституцией положительно сказались на ситуации с венерической заболеваемо-

История медицины

стью. Если в 1924 г. в РСФСР диспансерами было зафиксировано 2962 новых случая сифилиса, в 1925 г. — 2282, то в 1926 г. — уже 1691 [9]. Диспансерами и отрядами была установлена связь с населением города и деревни, что обеспечило успех оздоровительных мероприятий венерологических учреждений. В 1925 г. в стране действовало 123 специальных передвижных отряда, а в 1928 г. работало 287 венерологических отрядов и пунктов в республиках, благодаря чему сокращалась заболеваемость, впервые были составлены достоверные карты распространения сифилиса [10].

В годы Первой мировой войны продажа алкоголя была ограничена. После легализации продажи спиртного и введения в октябре 1925 г. государственной водочной монополии (с целью создания альтернативы самогонварению и пополнения государственного бюджета) в стране резко увеличилось потребление спиртного. В 1927—1928 гг. было зафиксировано 6 тыс. случаев смерти «от опоя», в больницы поступило 20 тыс. больных с алкогольными психозами, в городах насчитывалось порядка 500 тыс. алкоголиков [11]. Это потребовало принятия экстренных государственных мер.

В 1926—1928 гг. при лечебном отделе Наркомздрава РСФСР работала комиссия по борьбе с алкоголизмом под председательством А. П. Голубкова [12]. В результате ее деятельности было принято Постановление СНК РСФСР «О ближайших мероприятиях в области лечебно-предупредительной и культурно-просветительной работы по борьбе с алкоголизмом» (11 сентября 1926 г.) [13]. В 1927 г. вышли Постановления СНК РСФСР «О мерах ограничения продажи спиртных напитков», «О запрещении ввоза и продажи спиртных напитков в некоторых местностях Северных окраин РСФСР». Постановление ВЦИК и СНК РСФСР «Об организации местных специальных комиссий по вопросам алкоголизма» (1927) способствовало созданию Общества борьбы с алкоголизмом (ОБСА, 1928), которое сыграло видную роль в антиалкогольной кампании конца 1920-х годов.

При Государственном институте социальной гигиены Наркомздрава РСФСР был создан кабинет по изучению алкоголизма. Методологической базой для исследований стали статьи директора института А. В. Молькова [14, 15], где алкоголизм рассматривался как явление, обуславливаемое социально-экономическими, бытовыми, медико-биологическими факторами. С использованием анонимного анкетирования был проведен ряд обследований в промышленных городах и сельской местности, позволивших проанализировать распространенность и формы потребления спиртного в зависимости от профессиональных групп, возраста, культурного уровня, общественного и семейного положения, бытовых условий. Были получены данные о последствиях алкоголизма для производства и семьи, прослежена связь с соматическим и психическим здоровьем, травматизмом и др. Велось изучение употребления спиртных напитков учащимися школ, эти материалы легли в

основу программы антиалкогольного воспитания школьников.

Лечебно-профилактическую работу в 1920-е годы вели наркологические и невропсихиатрические диспансеры. В 1929 г. в РСФСР и УССР их насчитывалось порядка 30 и 20 соответственно. В 1930 г. в Москве было открыто первое стационарное учреждение — невропсихиатрическая лечебница Мосгорздравотдела для лечения алкоголиков под руководством А. М. Рапопорт. В 1927 г. была разработана «Инструкция по применению принудительного лечения алкоголиков, представляющих социальную опасность», в соответствии с которой создавались специальные отделения и учреждения со строгим лечебным, трудовым и воспитательно-педагогическим режимом. Первое отделение начало функционировать при Московской психиатрической колонии (1928), находившейся в 60 км от Москвы. В 1930 г. в подмосковном селе Медном-Власове была открыта первая в СССР лечебно-трудовая колония. Создавались лечебно-производственные мастерские, шли поиски путей усовершенствования терапии алкоголизма. Широкое распространение получил метод лечения массовым гипнозом (В. М. Бехтерев). В начале 1930-х годов началось применение метода условнорефлекторной терапии (И. Ф. Случевский и А. А. Фрикен).

Организованная Наркомздравом РСФСР широкомасштабная антиалкогольная санпросветработа отвечала профилактическому принципу советского здравоохранения и была частью общей идеологической работы. В Циркуляре Наркомздрава РСФСР от 9 марта 1927 г. «Об антиалкогольной пропаганде» на первый план выдвигалась задача борьбы с антигосударственными и антиобщественными проявлениями пьянства и алкоголизма. Общий тираж антиалкогольных изданий Наркомздрава РСФСР во второй половине 1920-х годов превысил 500 тыс. экземпляров. Широко развернулась стационарная и передвижная выставочная работа, на борьбу с пьянством был мобилизован кинематограф.

В 1929 г. Коллегия Наркомздрава РСФСР приняла постановление по борьбе с алкоголизмом в первом пятилетнем плане развития здравоохранения, предложив увеличить смету расходов на научно-исследовательскую и санитарно-просветительную работу, подготовку врачей-наркологов. При лечебно-профилактическом управлении Наркомздрава РСФСР создавалась комиссия по планированию борьбы с алкоголизмом и руководству работой в этом направлении институтов, здравотделов.

Однако правительство рассматривало доходы от реализации алкогольной продукции как одну из ключевых статей пополнения бюджета, обеспечивавшую решение задач форсированной индустриализации. Это создавало противоречивую ситуацию, следствием которой стало свертывание антиалкогольной кампании уже в начале 1930-х годов. Основным способом воздействия на пьющих стали меры административного характера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Становление и развитие здравоохранения в первые годы советской власти. 1917—1924. Сборник документов и материалов. М.; 1966. С. 44—5.
2. Галиновская З. Борьба с туберкулезом. В кн.: Пять лет советской медицины (1918—1923). М.; 1923. С. 107—8.
3. Гусаков Н. И. История отечественной дерматовенерологии. М.: 2007.
4. Броннер В. М. Организация борьбы с венерическими болезнями. В кн.: Пять лет советской медицины. М.; 1923.
5. Фрейберг Н. Г. Сборник законов и распоряжений правительства РСФСР по врачебно-санитарному делу с 1-го сентября 1919 г. по 1-е января 1925 г. М.; 1925. С. 287—8; 539—540.
6. Десять лет советской медицины. Диаграммы. М.; 1928.
7. Броннер В. М. Пути развития советской дерматовенерологии во второй пятилетке. *Советский вестник венерологии и дерматологии*. 1933;(1—2):1—8.
8. Дейчман Э. И. Алкоголизм и борьба с ним. Л.; 1929. С. 34; 113—24.
9. Беляев В. А. Комиссия по борьбе с алкоголизмом при лечебном отделе НКЗ РСФСР. В кн.: Розенштейн Л. М. (ред.). Психогигиенические и неврологические исследования. М.; 1928. С. 103—5.
10. Собрание узаконений и распоряжений Рабоче-Крестьянского Правительства РСФСР. М.: 1926. С. 447.
11. Мольков А. В. Алкоголизм как проблема изучения. *Гигиена и эпидемиология*. 1926;(7—8):37—51.
12. Мольков А. В. Об организации научно-исследовательских работ в области изучения алкоголизма как социально-гигиенической проблемы. В кн.: Социальная гигиена. М.—Л.; 1926. С. 5—11.
13. Лотова Е. И., Павлучкова А. В. Опыт антиалкогольного воспитания в школе в 20—30 гг. *Советское здравоохранение*. 1976;(9):77—8.
14. Шерстнева Е. В. Санитарное просвещение и пропаганда в борьбе с пьянством и алкоголизмом в СССР в 20-е годы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(4):54—8.

Поступила 16.09.2016
Принята в печать 24.11.2016

REFERENCES

1. *Stanovlenie i razvitie zdavoookhraneniya v pervye gody sovetskoj vlasti. 1917—1924. Sbornik dokumentov i materialov* [The establishment and development of health care in the first years of Soviet bodies of STI. 1917—1924. A collection of documents and materials]. Moscow; 1966. P. 44—5 (In Russ.).
2. Galinowska Z. The fight against tuberculosis. In: *Pyat' let sovetskoj meditsiny (1918—1923)* [Five years of Soviet medicine (1918—1923)]. Moscow; 1923. P. 107—8 (In Russ.).
3. Gusakov N. I. *Istoriya otechestvennoj dermatovenerologii* [The history of Russian dermatology]. Moscow; 2007. P. 225 (In Russ.).
4. Bronner V. M. The Organization of the fight against venereal diseases. In: *Pyat' let sovetskoj meditsiny* [Five years of Soviet medicine]. Moscow; 1923. P. 114 (In Russ.).
5. Freiberg N. G. *Sbornik zakonov i rasporyazhenij pravitel'stva RSFSR po vrachebno-sanitarnomu delu s 1-go sentyabrya 1919 g. po 1-e yanvarya 1925 g.* [Collection of laws and orders of the government of the Russian Federation medical sanitary business since. 1 September 1919 to 1 January 1925]. Moscow; 1925. P. 287—8; 539—40 (In Russ.).
6. *Desyat let sovetskoj meditsiny. Diagrammy* [Ten years of Soviet medicine. Chart]. Moscow; 1928 (In Russ.).
7. Bronner V. M. The ways of development of Soviet dermatology in the second five-year period. *Sovetskij vestnik venerologii i dermatologii*. 1933;(1—2):1—8 (In Russ.).
8. Deitchman E. I. *Alkogolizm i bor'ba s nim* [Alcoholism and the fight against it]. Leningrad; 1929. P. 34; 113—24.
9. Belyaev V. A. The Commission on alcoholism with the medical Department NKZ RSFSR. In: L. M. Rosenstein (ed.). *Psikhogigienicheskie i nevrologicheskie issledovaniya* [Psychohygienic and neurological examinations]. Moscow; 1928; 103—5 (In Russ.).
10. *Sobranie uzakonenij i rasporyazhenij Raboche-Krest'yanskogo Pravitel'stva RSFSR* [The collection of legalizations and orders of the worker-Peasant Government of the Russian Federation]. Moscow; 1926. P. 447 (In Russ.).
11. Molkov A. V. Alcoholism as a learning problem. *Gigiena i epidemiologiya*. 1926;(7—8):37—51 (In Russ.).
12. Molkov A. V. On the organization of scientific-finding work in the field of alcoholism as a social and hygienic problem. In: *Social'naâ gigiena* [Social hygiene]. Leningrad; 1926. P. 7; 5—11 (In Russ.).
13. Lotova E. I., Pavluchkova A. V. Experience alcohol education in schools in 20—30 years. *Sovetskoe zdavoohranenie*. 1976;(9):77—8 (In Russ.).
14. Sherstneva E. V. Health education and advocacy in the fight against drunkenness and alcoholism in the USSR in the 20s. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny*. 2014;(4):54—8 (In Russ.).

Айзман Р. И.¹, Панова А. С.¹, Сорокина Т. С.², Суботьялов М. А.^{1,3}

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ НАУЧНОЙ ШКОЛЫ ПО ФИЗИОЛОГИИ ПОЧЕК И ВОДНО-СОЛЕВОГО ОБМЕНА В НОВОСИБИРСКЕ

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет» Министерства науки и высшего образования России, 630126, г. Новосибирск;

²ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов» Министерства науки и высшего образования России, 117437, г. Москва;

³ФГАУ ВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет» Министерства науки и высшего образования России, 630090, г. Новосибирск

Статья посвящена анализу этапов становления и развития научной школы по физиологии почек и водно-солевого обмена на кафедре нормальной физиологии Новосибирского государственного медицинского института (университета), являющейся одной из ветвей крупнейшей физиологической школы И. П. Павлова—Л. А. Орбели—А. Г. Гинецинского и его учеников. Предложена периодизация ее истории (периоды предпосылок, становления, развития и завершения), раскрыта основополагающая роль профессора А. Г. Гинецинского в становлении данной школы и профессора Я. Д. Финкинштейна в ее дальнейшем развитии. Выявлены и изучены ключевые направления деятельности исследуемой научной школы: звенья рефлекторных механизмов осморегуляции, онтогенетические особенности формирования осморегулирующих механизмов, роль гормонов гипоталамо-гипофизарной системы в обеспечении водно-электролитного гомеостаза, характер осморегулирующих рефлексов при различных патофизиологических процессах, регуляция микроциркуляторных процессов образования цереброспинальной жидкости, формирование представлений о рефлекторной регуляции ионного гомеостаза. Исследование показало, что данная научная физиологическая школа полностью соответствует критериям научной школы (наличие лидера, преемственность поколений, единство проблематики, продолжительность существования во времени и пространстве, признание вклада в науку другими членами дисциплинарного научного сообщества).

Ключевые слова: история медицины; история физиологии; почки; водно-солевой обмен; осморегуляция.

Для цитирования: Айзман Р. И., Панова А. С., Сорокина Т. С., Суботьялов М. А. Становление и развитие научной школы по физиологии почек и водно-солевого обмена в Новосибирске. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2018;26(4):247—251. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-247-251>

Для корреспонденции: Сорокина Татьяна Сергеевна, д-р мед. наук, профессор, зав. курсом истории медицины, e-mail: tatiana.s.sorokina@gmail.com

Ayzman R. I.¹, Panova A. S.¹, Sorokina T. S.², Subotialov M. A.^{1,3}

THE BECOMING AND DEVELOPMENT OF THE SCIENTIFIC SCHOOL OF PHYSIOLOGY OF KIDNEYS AND WATER-SALT METABOLISM IN NOVOSIBIRSK

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Novosibirsk State Pedagogic University” of Ministry of Science and Higher Education of Russia of Russia, 630126, Novosibirsk, Russia;

²The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Peoples’ Friendship University of Russia” of Ministry of Science and Higher Education of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russia;

³The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Novosibirsk National Research State University” of Ministry of Science and Higher Education of Russia of Russia, 630090, Novosibirsk, Russia

The article considers analysis of stages of becoming and development of scientific school of physiology of kidneys and water-salt metabolism in at the chair of normal physiology of the Novosibirsk State Medical Institute (University) being one of branches of prominent physiological school of I. P. Pavlov—L. A. Orbeli—A. G. Ginetsinsky and his disciples.

An original periodization of its history (precondition, becoming, development and concluding periods) is proposed. The fundamental role of professor A.G. Ginetsinsky in becoming of the given physiological school and its further development under the guidance of professor Ya.D. Finkinshtein are established. The key directions of activities of this scientific school such as links of reflex mechanisms of osmoregulation; the ontogenic features of osmoregulatory mechanisms, role of hypothalamic-pituitary system hormones in maintenance of water-electrolyte homeostasis, osmoregulatory reflexes at various pathophysiological processes, regulation of micro-circulatory processes of formation of cerebro-spinal liquid, development of conceptions of reflex regulation of ionic homeostasis are established and analyzed.

The study demonstrated that the given physiological school fully conforms to criteria of scientific school (availability of leader, intergenerational continuity, unity of problematics, duration of existence in time and space, recognition of input into science by disciplinary scientific community).

Keywords: history of medicine; history of physiology; kidneys; water-salt metabolism; osmoregulation.

For citation: Ayzman R. I., Panova A. S., Sorokina T. S., Subotialov M. A. The becoming and development of the scientific school of physiology of kidneys and water-salt metabolism in Novosibirsk. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2018; 26(3):247—251 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-247-251>

For correspondence: Sorokina T.S., doctor of medical sciences, professor, the head of the course of history of medicine of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Peoples’ Friendship University of Russia” (RUDN University); e-mail: tatiana.s.sorokina@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Information about authors:

Ayzman R. I., <http://orcid.org/0000-0002-7776-4768>

Panova A. S., <http://orcid.org/0000-0003-0556-0552>

Sorokina T. S., <http://orcid.org/0000-0002-5402-1427>

Subotyalov M. A., <http://orcid.org/0000-0001-8633-1254>

Received 20.05.2018

Accepted 25.05.2018

Актуальность изучения становления и развития научных школ обусловлена, с одной стороны, необходимостью подведения исторических итогов дея-

тельности научной группы, с другой — целесообразностью прогнозирования дальнейших этапов развития данного направления. В области медицины тако-

го рода историко-научные исследования ведутся в нашей стране преимущественно с 1970-х годов (В. И. Бородулин, А. В. Тополянский, С. П. Глянцев, К. А. Пашков, М. С. Бетехтин, Г. Л. Микиртичан и др.). Однако обобщающих исследований, посвященных изучению становления и развития научных физиологических школ, в целом недостаточно, особенно в Сибири.

В 2010-е годы нами было проведено историко-биологическое исследование становления и развития научной физиологической школы на базе Новосибирского государственного педагогического института (НГПИ), ныне — университета (НГПУ) [1].

Целью настоящей работы является изучение процесса становления и развития научной физиологической школы под руководством профессора Якова Давыдовича Финкинштейна на базе кафедры нормальной физиологии Новосибирского государственного медицинского института (НГМИ), позднее — университета (НГМУ).

Существует ряд определений научной школы различных авторов (И. А. Аршавский, Б. М. Кедров, С. П. Глянцев). На наш взгляд, наиболее полным, отражающим все ключевые аспекты данного понятия, является определение Г. Л. Микиртичан, согласно которому научная школа представляет собой научное направление, развиваемое двумя и более поколениями единомышленников, связанных друг с другом преемственностью научных взглядов и методов исследования, характеризующееся продолжительностью существования во времени и пространстве, признанием ее вклада в науку другими членами дисциплинарного научного сообщества. При этом лидер школы должен обладать качествами, необходимыми и для успешной научной деятельности, и для сплочения вокруг себя творческого коллектива.

В процессе подготовки данной статьи использовались источники, посвященные становлению и развитию отечественных научных школ, авторефераты диссертаций и научные статьи в рецензируемых журналах, опубликованные сотрудниками кафедры нормальной физиологии НГМИ/НГМУ, а также неопубликованные рукописи профессора кафедры Л. И. Курдубан, посвященные истории кафедры нормальной физиологии НГМИ.

Период предпосылок (1951—1955)

Становление научной школы по физиологии почек и водно-солевого обмена в Новосибирске связано с приездом в Новосибирский медицинский институт Александра Григорьевича Гинецинского (1895—1962), доктора медицинских наук, профессора, члена-корреспондента АМН СССР, ученика и яркого представителя научной школы академика Леона Абгаровича Орбели (1882—1958).

До приезда в Новосибирск А. Г. Гинецинский занимал должность заместителя директора по научной работе в Физиологическом институте им. И. П. Павлова и одновременно заведовал кафедрой физиологии в Ленинградском педиатрическом медицинском институте. После Объединенной сессии ВАСХНИЛ

и АН СССР, посвященной физиологическому учению академика И. П. Павлова, А. Г. Гинецинский вместе с Л. А. Орбели были подвергнуты несправедливой критике за «непавловский» подход к вопросам физиологии. В итоге А. Г. Гинецинский был вынужден оставить работу в Ленинграде. Получив приглашение Константина Владимировича Ромодановского, проректора по научной работе Новосибирского государственного медицинского института, он переехал в Новосибирск, где в 1951 г. возглавил кафедру нормальной физиологии НГМИ.

Приезд А. Г. Гинецинского стал крупным событием в жизни всего института. Уже в первый месяц работы им был прочитан курс лекций для профессорско-преподавательского состава по пропаганде павловского учения, в частности учения о высшей нервной деятельности. Лекции А. Г. Гинецинского отличались насыщенностью, содержательностью и каждый год совершенствовались, отражая то новое, что появлялось в физиологической науке. Существенно изменились и концепция учебного процесса, и методика проведения практических занятий на кафедре. Студентам предоставлялось больше возможностей для самостоятельного проведения лабораторных работ. При этом на протяжении всего творческого пути профессор А. Г. Гинецинский совмещал преподавание в вузе с плодотворной исследовательской работой.

Еще в студенческие годы (1923) им была выполнена работа о трофическом влиянии симпатического нерва на сокращение утомленной скелетной мышцы, вошедшая в мировой фонд науки под названием «Феномен Орбели—Гинецинского». В 1944 г. за цикл работ «Материалы к эволюции мышечной ткани» Президиум АН СССР присудил А. Г. Гинецинскому премию им. И. П. Павлова. В 1945 г. профессор А. Г. Гинецинский начал разработку новой, мало изученной проблемы — физиологии почек и водно-солевого обмена. Исследование, начавшееся в Ленинградском педиатрическом институте, было продолжено в течение краткого, но блестящего новосибирского периода. А. Г. Гинецинский высказал предположение о существовании помимо центральных осморорецепторов, описанных Е. Вернеем (1947), периферических осморорецепторов, регулирующих осмотический гомеостаз во всем организме. Данная гипотеза легла в основу серии работ А. Г. Гинецинского и его многочисленных последователей и учеников (А. Г. Гинецинский, 1955 [2]; Л. К. Великанова, 1955¹; Я. Д. Финкинштейн, 1963²).

Широкий охват проблемы и научный энтузиазм сотрудников позволили за 4 года получить огромный по объему и научной значимости материал, оформленный в виде 8 кандидатских диссертаций. После отъезда А. Г. Гинецинского (1955) исследования по водно-солевому обмену были продолжены его учениками. Некоторые из них защитили докторские диссертации и возглавили крупные научные

¹ Великанова Л. К. Тканевые рецепторы осморегулирующего рефлекса: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. Новосибирск; 1955.

² Финкинштейн Я. Д. Осморорецепторы антидиуретической системы: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Томск; 1963.

История медицины

коллективы: профессор Я. Д. Финкинштейн стал заведующим кафедрой физиологии НГМИ (1955—1988), профессор Л. К. Великанова — заведующей кафедрой анатомии и физиологии НГПИ (1972—1987), академик РАН Л. Н. Иванова руководила лабораторией физиологической генетики Института цитологии и генетики Сибирского отделения (СО) РАН (1971—2011), а академик РАН Ю. В. Наточин после смерти А. Г. Гинецинского долгое время успешно возглавлял его ленинградскую лабораторию в НИИ эволюционной биохимии и физиологии (1964—2013).

Период становления (1955—1960)

Яков Давыдович Финкинштейн (1922—2009) — отечественный физиолог, доктор медицинских наук, почетный профессор НГМУ, основатель лаборатории бионики Института автоматики и электрометрии СО АН СССР. После окончания аспирантуры при кафедре нормальной физиологии в Первом Ленинградском медицинском институте (1-й ЛМИ) и защиты кандидатской диссертации (1954) он получил направление в Семипалатинский мединститут. Однако, узнав, что в Новосибирском мединституте кафедрой нормальной физиологии заведует выдающийся физиолог профессор А. Г. Гинецинский, он попросил предоставить ему возможность работать на руководимой им кафедре. Уже через год, в 1955 г., А. Г. Гинецинский перед возвращением в Ленинград рекомендовал Я. Д. Финкинштейна в качестве преемника на должность заведующего кафедрой нормальной физиологии. В короткий срок Якову Давыдовичу удалось вникнуть в новую для него проблему водно-солевого гомеостаза, осмыслить ее и выбрать наиболее перспективные направления дальнейших исследований.

Основным направлением научных исследований стало развитие научной гипотезы А. Г. Гинецинского о рефлекторных механизмах регуляции осмотического гомеостаза. Под руководством Я. Д. Финкинштейна коллектив сотрудников кафедры провел экспериментальную разработку всех звеньев осморегулирующего рефлекса, начиная от рецепторов, сенсорных путей и заканчивая центральными и почечными механизмами его функционирования. Так, Л. К. Великанова доказала, что при понижении осмолярности в общем кровотоке гипертонический раствор, введенный в область центральных осморцепторов, не вызывал антидиуреза. Данный эффект был объяснен конкуренцией между сигналами, идущими от предполагаемых периферических осморцепторов, и противоположным эффектом от центральных осморцепторов [3, 4].

В этот же период была проведена серия работ, посвященных исследованию механизмов осморегуляции в онтогенезе, которая позволила, с одной стороны, подтвердить закономерности, обнаруженные у взрослых млекопитающих, а с другой — получить весьма важные данные об особенностях осморегулирующих механизмов на разных этапах постнатального развития (В. И. Инчина³, Е. А. Николенко⁴).

Результаты 5-летней работы кафедры впервые в обобщенном виде были доложены на первом сове-

щании по физиологии почки, состоявшемся в 1960 г. по инициативе А. Г. Гинецинского на базе Института эволюционной физиологии им. И. М. Сеченова АН СССР в Ленинграде и сыгравшем большую роль в объединении представителей разных школ, работающих в области физиологии и патологии почек.

Период развития (1960—1988)

Плодотворная работа в области исследования осморегуляции продолжилась трудами последователей А. Г. Гинецинского (С. А. Борисова, Л. К. Великанова, Ю. Н. Лучкин, О. Н. Сазонова, Л. Я. Кузнецова, Б. Л. Кузьмин, О. К. Митракова и др.). Результаты их исследований, выполненных уже под руководством профессора Я. Д. Финкинштейна, были представлены на второй встрече специалистов в области физиологии почек (Новосибирск, 1966), посвященной памяти А. Г. Гинецинского, и отражены в 74 статьях и первых кандидатских диссертациях, подготовленных уже под руководством доктора медицинских наук, профессора Я. Д. Финкинштейна.

Сотрудниками кафедры было установлено, что система осморегуляции у млекопитающих состоит из совокупности осморегулирующих рефлексов, афферентное звено которых представлено осморцепторами, широко распространенными в разных органах и тканях: печени, почках (С. А. Борисова, Л. К. Великанова, 1964 [5], 1966 [6]), сердце (Ю. Н. Лучкин, 1968 [7]; О. К. Митракова, 1972 [8]), легких (Б. Л. Кузьмин, 1964 [9], Л. Я. Кузнецова, 1969⁵), селезенке, скелетных мышцах (Л. К. Великанова, Т. В. Перехвальская, 1976 [10]), желудочно-кишечном тракте (В. И. Инчина, 1964 [11]; А. Я. Тернер, 1974⁶), раздражение которых вызывало антидиуретическую реакцию почек.

На интактных спинальных и гипофизэктомированных животных изучалась роль нервов и гормонов в обеспечении водно-электролитного гомеостаза. Электрофизиологический анализ, проведенный В. В. Осиповичем и М. Б. Матвеевой, позволил установить, что информация от специфических осморцепторов печени поступает в центры осморегуляции, представленные супраоптическими и паравентрикулярными ядрами гипоталамуса [12]. В последующем была высказана идея о том, что восстановление осмолярности при гиперосмии достигается не только за счет антидиуреза, но и за счет увеличения экскреции натрия. В исследованиях, проведенных Т. В. Перехвальской и Е. Б. Поповой, было выявлено, что главными факторами, вызывающими пере-

³ Инчина В. И. Реакция на водную нагрузку и водное голодание в раннем постнатальном периоде: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск; 1956.

⁴ Николенко Е. А. Онтогенетические изменения рефлекторной регуляции почечной функции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск; 1956.

⁵ Кузнецова Л. Я. Изменение функции почек при гиперосмии в малом круге кровообращения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск; 1969.

⁶ Тернер А. Я. Механизмы осморегуляции при поступлении в организм хлористого натрия через пищеварительный тракт: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск; 1974.

стройку почечной функции, являются гормоны нейрогипофиза. Этот эффект особенно ярко проявляется в присутствии альдостерона, который оказывает не только перmissive действие, но, возможно, прямо влияет на изменение экскреции натрия (Т. В. Перехвальская, 1970⁷; Е. Б. Попова, 1971⁸).

В это же время было показано, что осморегулирующие рефлексы у новорожденных отсутствуют и возникают только с появлением чувствительности почек к питуитрину, который оказывает влияние не только на клубочковый, но и на канальцевый аппарат почки. У новорожденных отсутствует отдельная регуляция воды и катионов, она появляется лишь на более поздних этапах онтогенеза. При этом механизм регуляции диуреза созревает значительно раньше механизма экскреции натрия и особенно калия (Н. М. Субботина, 1971⁹; Л. И. Курдубан, 1971¹⁰; Е. Д. Динниц, 1977 [13]; И. Н. Забелло, 1981¹¹).

Клинические исследования, проведенные сотрудниками кафедры, показали, что характер осморегулирующих рефлексов претерпевает определенные изменения у беременных женщин, страдающих поздним токсикозом (Г. Б. Кравцова, 1967), при отечно-асцитическом синдроме (А. С. Коган, В. Н. Ломиворотов), при солевых нагрузках (А. С. Коган, А. Я. Тернер, И. Ю. Юдаев, 1974), а также у больных арахноидитом с повышенным внутричерепным давлением (Л. К. Антропова, 1986).

Под руководством Я. Д. Финкинштейна были начаты работы по исследованию рефлекторных механизмов регуляции ионного гомеостаза (натрия, калия, магния). Было выяснено, что повышение ионной концентрации в портальном кровотоке печени вызывает биологически целесообразную реакцию снижения диуреза и увеличения экскреции катионов: Na⁺ (Е. А. Николенко, 1964 [14]; О. Н. Саксонова, 1968; А. Я. Тернер, 1974), K⁺ (Я. Д. Финкинштейн и др., 1973), Mg⁺⁺ (И. В. Пантюхин, 1977). Позднее было доказано, что информация от осморцепторов печени распространяется по спинальным нервам, а от ионных рецепторов — по отдельным волокнам блуждающих нервов (Я. Д. Финкинштейн и др., 1972; Р. И. Айзман, Я. Д. Финкинштейн, 1976; Е. М. Тырышкина, 1992).

Итогом всех проведенных под руководством Я. Д. Финкинштейна исследований стало создание теории о рефлекторной системе регуляции водно-электролитного обмена, которая не только обеспечивает поддержание осмотического и ионного гомеостаза в общем кровотоке, но и регулирует микро-

циркуляторные процессы образования цереброспинальной жидкости (Т. В. Перехвальская, Е. Б. Ивашевская, 1981), что полностью коррелирует с нефрологической концепцией основоположника российской нефрологии Е. М. Тареева (1895—1986) об интегрирующей роли нефрологии как о направлении, объединяющем многие специализированные разделы внутренней медицины [15].

Знаковым событием данного периода стала проведенная в 1981 г. VI Всесоюзная конференция по физиологии почек и водно-солевого обмена. К тому времени сотрудниками кафедры было опубликовано 106 статей, защищено 12 кандидатских и 3 докторские диссертации (Л. И. Курдубан, 1971; Л. К. Великанова, 1971; Л. Н. Иванова, 1972).

Завершающий период (1988—1998)

В последующие годы на фоне всеобщих экономических трудностей наблюдается спад научно-исследовательской и публикационной активности сотрудников кафедры, связанный со сменой руководства (Я. Д. Финкинштейн оставил пост заведующего кафедрой), уходе ряда научных сотрудников, уменьшением числа лаборантов, нехваткой животных, оборудования и реактивов. Однако, несмотря на значительное ухудшение условий работы, в медицинском институте продолжались традиционные исследования по осморцепции (Н. С. Емельяненко, 1990¹²; Е. М. Тырышкина, 1992¹³).

Заключительным аккордом стала защита последней кандидатской диссертации по регуляции осмотического гомеостаза в 1998 г., выполненной В. В. Нестеровым¹⁴ под руководством Я. Д. Финкинштейна. В том же году на научной конференции студентов последний блестящий доклад по этой теме был сделан К. С. Науменко — последним студентом, работавшим с Яковом Давыдовичем.

Выводы

Научная физиологическая школа, созданная под руководством ученика А. Г. Гинецинского профессора Я. Д. Финкинштейна, соответствует всем критериям научной школы (наличие лидера, преемственность поколений, единство проблематики, продолжительность существования во времени и пространстве, признание вклада в науку со стороны других членов дисциплинарного научного сообщества).

1. Наличие лидера. Лидер школы — Я. Д. Финкинштейн — руководил кафедрой нормальной физиологии, развивал это направление в течение 33 лет и до конца жизни был ее профессором. Под его руководством было опубликовано свыше 120 научных

⁷ Перехвальская Т. В. Гормональные механизмы осморегулирующего рефлекса: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск; 1970.

⁸ Попова Е. Б. Гормоны коры надпочечников и их роль в механизме натриуреза при осморегуляции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск; 1971.

⁹ Субботина Н. М. О механизме экскреции натрия в онтогенезе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск; 1971.

¹⁰ Курдубан Л. И. Механизмы осморегуляции в онтогенезе: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Новосибирск; 1971.

¹¹ Забелло И. Н. Рефлекторная регуляция экскреции калия в постнатальном онтогенезе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск; 1981.

¹² Емельяненко Н. С. Нейрогормональные механизмы регуляции магниевого гомеостаза: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. Новосибирск; 1990.

¹³ Тырышкина Е. М. Интероцепторы печени и их функциональная роль в регуляции водно-солевого гомеостаза: Автореф. дис. ... докт. биол. наук. Новосибирск; 1992.

¹⁴ Нестеров В. В. Механизмы натриуреза при введении гиперосмотических растворов натрия хлорида в кишечник у крыс: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск; 1998.

История медицины

работ, 3 монографии, защищено 6 докторских и 32 кандидатские диссертации.

2. Преемственность поколений. К сожалению, после ухода из жизни профессора Я. Д. Финкинштейна данная физиологическая школа в НГМИ перестала функционировать, хотя прямые его ученики, профессора А. Я. Тернер и Р. И. Айзман, перейдя на работу в другие учреждения, продолжили научную работу по данному направлению.

3. Единство научной проблематики. Можно выделить следующие ключевые направления работы научной физиологической школы НГМИ/НГМУ:

- ♦ исследование всех звеньев рефлекторных механизмов осморегуляции;
- ♦ изучение онтогенетических особенностей формирования осморегулирующих механизмов;
- ♦ изучение роли гормонов гипоталамо-гипофизарной системы и коры надпочечников в обеспечении водно-электролитного гомеостаза;
- ♦ исследование характера осморегулирующих рефлексов при различных патофизиологических процессах;
- ♦ изучение регуляции микроциркуляторных процессов образования цереброспинальной жидкости;
- ♦ исследование рефлекторных механизмов регуляции ионного (натрий, калий, магний) гомеостаза.

4. Продолжительность существования во времени. Данная научная школа имеет хронологически ограниченный период существования (1950-е годы — 1998 г.). В ее истории нами было выделено 4 этапа: период предпосылок, период становления, период развития и завершающий период.

5. Признание вклада в науку другими членами дисциплинарного научного сообщества. За 33 года существования физиологической научной школы под руководством Я. Д. Финкинштейна опубликовано свыше 120 научных трудов, включая высоко цитируемые статьи и монографии, защищено 6 докторских и 32 кандидатские диссертации.

Авторы выражают глубокую благодарность и признательность доктору медицинских наук, профессору Курдубан Людмиле Ивановне за предоставленные материалы.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Панова А. С., Суботьялов М. А. Развитие научной физиологической школы в Новосибирском государственном педагогическом университете. *Вестник Новосибирского государственного педагогического университета*. 2017;7(2):157—71. doi: 10.15293/2226-3365.1702.04
2. Гинетинский А. Г. Новые данные о регуляции деятельности почек. В кн.: Тезисы докладов VIII съезда физиологов. Киев; 1955. 170 с.
3. Великанова Л. К., Финкинштейн Я. Д. Осморепторы печени. *Российский физиологический журнал им. И. М. Сеченова*. 1959; 45(12):1472—6.
4. Великанова Л. К. О рецепторах осморегулирующего рефлекса. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. 1958;45(4):411—3. doi: 10.1007/BF00781244
5. Борисова С. А. Роль почек в регуляции осмотического давления. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. 1964;58(4):1148—9. doi: 10.1007/BF00784993
6. Великанова Л. К., Борисова С. А., Финкинштейн Я. Д. Тканевая локализация осморепторов. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. 1966;62(6):1338—40. doi: 10.1007/BF00787046

7. Лучкин Ю. Н. Осморепторы сердца. *Физиологический журнал СССР*. 1968;54(2):1302—7.
8. Митракова О. К. Интерорецепторный аппарат левого предсердия и его роль в осморегуляции. *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. 1972;73(3):3—5.
9. Кузьмин Б. Л. Осмо- и натриорецепторы малого круга кровообращения. *Физиологический журнал СССР*. 1964;50(5):603—7.
10. Перехвальская Т. В., Финкинштейн Я. Д. Роль печени, селезенки и скелетной мышцы в обмене натрия. *Физиологический журнал СССР*. 1976;52(12):1870—5.
11. Инчина В. И., Финкинштейн Я. Д. Осмо- и волюморепторы поджелудочной железы. *Российский физиологический журнал им. И. М. Сеченова*. 1964;50(3):301—5.
12. Matveeva M. B., Osipovich V. V. Unit activity in supraoptic and paraventricular nuclei during stimulation of the osmoreceptive zone of the liver in cats. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 1970;4(2): 26—32. doi: 10.1007/BF01125834
13. Динниц Е. Д., Курдубан Л. И., Финкинштейн Я. Д. Натриуретический компонент осморегулирующего рефлекса в постнатальном онтогенезе собак. *Журнал эволюционной биохимии и физиологии*. 1977;13(2):167—71.
14. Николенко Е. А., Финкинштейн Я. Д. Изменение натриуреза при осмотическом раздражении печени. *Физиологический журнал СССР*. 1964;50(7):884.
15. Sorokina T. S. Eugeny Tareyev (1895—1986), a founding pioneer of nephrology in Russia and Europe. *J Nephrol*. 2013;26(Suppl 22):60—2. doi: 10.5301/jn.5000361

Поступила 20.05.2018
Принята в печать 25.05.2018

REFERENCES

1. Panova A. S., Subotyalov M. A. Development of scientific physiological school at Novosibirsk State Pedagogical University. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta*. 2017;7(2):157—71 (In Russ.). doi: 10.15293/2226-3365.1702.0
2. Ginetsinskii A. G. New data on the regulation of renal activity. Abstracts. In: *Tezisy докладov VIII sezda fiziologov* [VIII Congress of physiologists]. Kiev; 1955. 170 p. (In Russ.).
3. Velikanova L. K., Finkinshtein Ya.D. Liver osmoreceptors. *Neuroscience and Behavioral Physiology. Rossiyskiy fiziologicheskii zhurnal im. I. M. Sechenova*. 1959;45(12):1472—6 (In Russ.).
4. Velikanova L. K. Receptors of the osmoregulating reflex. *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*. 1958;45(4):411—3 (In Russ.). doi: 10.1007/BF00781244
5. Borisova S. A. Role of the kidneys in the regulation of osmotic pressure. *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*. 1964;58(4): 1148—9 (In Russ.). doi: 10.1007/BF00784993
6. Velikanova L. K., Borisova S. A., Finkinshtein Ya.D. Tissue localization of the osmoceptors. *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*. 1966;62(6):1338—40 (In Russ.). doi: 10.1007/BF00787046
7. Luchkin Yu.N. Osmoreceptors of the heart. *Fiziologicheskii zhurnal SSSR*. 1968;54(2):1302—7 (In Russ.).
8. Mitrakova O. K. The interoreceptor apparatus of the left atrium and its role in osmoregulation. *Byulleten' eksperimental'noy biologii i meditsiny*. 1972;73(3):3—5 (In Russ.).
9. Kuzmin B. L. Osmo- and sodium-receptors of the small circle of blood circulation. *Fiziologicheskii zhurnal SSSR*. 1964;50(5):603—7 (In Russ.).
10. Perekhvalskaya T. V., Finkinshtein Ya.D. The role of the liver, spleen and skeletal muscle in sodium metabolism. *Fiziologicheskii zhurnal SSSR*. 1976;52(12):1870—5 (In Russ.).
11. Inchina V. I., Finkinshtein Ya.D. Osmo- and volumoreceptors of the pancreas. *Rossiyskiy fiziologicheskii zhurnal im. I. M. Sechenova*. 1964;50(3):301—5 (In Russ.).
12. Matveeva M. B., Osipovich V. V. Unit activity in supraoptic and paraventricular nuclei during stimulation of the osmoreceptive zone of the liver in cats. *Neuroscience and Behavioral Physiology*. 1970;4(2): 26—32 (In Russ.). doi: 10.1007/BF01125834
13. Dinnyts E. D., Kurduban L. I., Finkinshtein Ya.D. The natriuretic component of the osmoregulating reflex in postnatal ontogenesis of dogs. *Zhurnal evolyutsionnoy biokhimii i fiziologii*. 1977;13(2):167—71 (In Russ.).
14. Nikolenko E. A., Finkinshtein Ya. D. Change natriuresis during osmotic stimulation of the liver. *Fiziologicheskii zhurnal SSSR*. 1964;50(7):884 (In Russ.).
15. Sorokina T. S. Eugeny Tareyev (1895—1986), a founding pioneer of nephrology in Russia and Europe. *J Nephrol*. 2013;26 (Suppl 22):60—2. doi: 10.5301/jn.5000361

© Гончарова С. Г., 2018
УДК 613.816:93

Гончарова С. Г.

ИЗ ИСТОРИИ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ КАМПАНИИ 1985 г. В СССР

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

Статья посвящена истории организации и итогам антиалкогольной кампании 1985 г. Инициированная сверху и поспешно проведенная в период горбачевской перестройки экономической и социальной жизни страны антиалкогольная кампания не принесла ожидаемого результата и на долгие годы отодвинула решение этой насущной медико-социальной проблемы.

Ключевые слова: алкоголизм; антиалкогольная кампания 1985 г.; здравоохранение; профилактика и борьба с алкоголизмом.

Для цитирования: Гончарова С. Г. Из истории антиалкогольной кампании 1985 г. в СССР. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2018;26(4):252—256. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-252-256>

Для корреспонденции: Гончарова Светлана Григорьевна, старший научный сотрудник; e-mail: otdelistorii@rambler.ru

Goncharova S. G.

FROM THE HISTORY OF 1985 ANTI-ALCOHOLIC COMPANY IN THE USSR

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

The article considers history and results of 1985 anti-alcoholic company. The anti-alcoholic company was initiated from higher-ups and hastily implemented during Gorbachev perestroika of economic and social life in the country and brought no expected results and for many years moved back the resolution of this vital medical social problem.

Keywords: alcoholism; 1985 anti-alcoholic company; health care; prevention; struggle with alcoholism

For citation: Goncharova S. G. From the history of 1985 anti-alcoholic company in the USSR. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2017;25(6):252—256 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-4-252-256>

For correspondence: Goncharova S.G., senior researcher of the department of history of medicine of the Federal state budget scientific institution “N.A. Semashko national research institute of public health”; e-mail: otdelistorii@rambler.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 18.09.2014
Accepted 28.05.2016

В конце XX — начале XXI в. алкоголизм в России остается острой медико-социальной проблемой, пути решения которой широко обсуждаются в средствах массовой информации. В связи с этим целесообразно обратиться к опыту антиалкогольной кампании, проводившейся в СССР в конце XX в.

После Второй мировой войны во всем мире был отмечен резкий рост производства и потребления алкогольных напитков, в том числе и в нашей стране. Так, в 1975 г. в СССР было продано 208,3 млн дал (1 декалитр — одна из объемных основных мер; 1 дал = 20 полулитровых бутылок, или 10 л) или 8,2 л на душу населения [1, с. 134].

Нельзя сказать, что государство не предпринимало никаких мер, чтобы исправить ситуацию. Еще во времена хрущевской оттепели была даже создана правительственная комиссия под руководством А. Я. Пельше, которой было поручено разработать законопроект о сокращении производства и потребления алкогольных напитков. Однако комиссия вскоре после кончины ее председателя распалась, так и не завершив работу над законопроектом.

В 1970—1980-е годы взятый правительством курс на построение общества развитого социализма был несовместим с ростом продажи и потребления алкогольных напитков и требовал принятия неотложных

мер. Однако борьба с пьянством и алкоголизмом в этот период носила узко ведомственный характер. Так, Министерство внутренних дел боролось с правонарушениями на почве пьянства, а Министерство здравоохранения занималось лечением алкоголиков. Общегосударственной программы борьбы с пьянством и алкоголизмом не существовало, но практическая работа по созданию законодательной базы и лечебно-профилактических учреждений активно проводилась. Так, Закон РСФСР от 29 июля 1971 г. «О здравоохранении» и Постановление ЦК КПСС «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» (1972) обязывали больных хроническим алкоголизмом проходить полный курс специального лечения в лечебно-профилактических учреждениях органов здравоохранения. Хронические алкоголики, уклонявшиеся от добровольного лечения, направлялись с 1976 г. в установленном порядке в лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) для принудительного лечения и трудового перевоспитания на срок от 1 года до 2 лет. Помимо существовавших в системе МВД вытрезвителей, были организованы специальные народные дружины, комиссии при райисполкомах, на предприятиях, расширена сеть лечебно-трудовых профилакториев [3]. Созданная в 1976 г. наркологическая служба сыграла

Продажа алкогольных напитков через государственную и кооперативную торговлю [1, с. 134]

Показатель	1975 г.	1980 г.	1985 г.	1986 г.	1987 г.	1988 г.
Алкогольные напитки всего, млн дал	208,3	230,3	198,9	120,9	92,8	104,5
На душу населения, л	8,2	8,7	7,2	4,3	3,3	3,7
Водка и ликеро-водочные изделия, млн дал	261,9	293,9	251,2	156,6	123,6	136,9
Вино виноградное, млн дал	313,9	347,8	307,2	172,9	156,4	184,7
Вино плодово-ягодное, млн дал	136,1	137,3	79,6	16,6	0,3	—
Коньяк, млн дал	6,9	9,2	8,5	8,8	9,4	11,3
Шампанское, млн дал	10,8	14,9	21,9	20,7	20,6	21,8
Пиво, млн дал	574,2	620,7	667,8	496,9	514,6	564,8

важную роль в выявлении и лечении хронических алкоголиков. А в 1981 г. наркологические учреждения организовали профилактическое наблюдение за лицами, злоупотребляющими алкогольными напитками, но не являющимися больными хроническим алкоголизмом [2]. В 1984 г. в медицинских учреждениях с диагнозами алкоголизм и алкогольный психоз состояло на учете 3289 тыс. человек (1235 на 10 тыс. населения) [1, с. 268].

Антиалкогольная кампания 1985 г. пришлась на годы перестройки экономической и социальной жизни страны. Антиалкогольная программа кампании базировалась на партийно-правительственных документах: Постановлении ЦК КПСС от 7 мая 1985 г. «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма», Указе Президиума Верховного Совета СССР от 16 мая 1985 г. «Об усилении борьбы с пьянством» [4]. Она предусматривала систематическую и активную борьбу с пьянством на всех уровнях, всеми средствами общественного, морального и материального воздействия.

По свидетельству М. С. Горбачева, «антиалкогольная программа, принятая в мае 1985 г., до сих пор у некоторой части населения ассоциируется чуть ли не с введением нового „сухого закона“, хотя это миф — будто мы установили „сухой закон“. Такой вариант даже не рассматривался, потому что заведомо нереален. ... Намечалось постепенно (подчеркиваю — постепенно) сокращать спиртное, по мере его замещения в товарообороте и бюджетных доходах другими товарами». И далее: «... на стадии обсуждения, принятия решения были проявлены и реализм, и ответственность, а вот на стадии исполнения дела начали „пороть горячку“ и допускать переხлесты, загубили полезное и доброе начинание» [5].

Контроль за исполнением постановления был поручен секретарю ЦК КПСС Е. К. Лихачеву и председателю Комитета партийного контроля при ЦК КПСС М. С. Соломенцеву, которые, по утверждению М. С. Горбачева, «довели все до абсурда. Требовали от партийных руководителей на местах, министров, хозяйственников „перевыполнить“ план сокращения спиртного и замены его лимонадом. Устраивали жестокие разносы „отстающим“, вплоть до снятия с работы и исключения из партии. Призывали равняться на тех, кто добился „опережения графика“, пусть даже ценой огромного ущерба для экономики» [5].

В спешном порядке начали закрывать магазины, вино-водочные заводы, а кое-где и вырубать вино-

градники. Свертывалось производство сухих вин, что не было предусмотрено постановлением. В результате массовый характер приобрело самогеноварение.

О перегибах руководителей райисполкомов, допущенных в торговле спиртными напитками, неоднократно сообщалось в прессе. Так, например, в корреспонденции в журнале «Трезвость и культура» отмечалось, что уже в октябре 1986 г. в Москве произошло сокращение более чем в 2 раза сети магазинов, торгующих вино-водочными изделиями, а торгующих водкой — в 3 раза, что привело к сокращению реализации спиртного и огромным очередям за водкой. Участились случаи спекуляции спиртным и продажи места в очереди за водкой. Так, только «за 10 мес 1986 г. в Москве было продано водки почти на 30% меньше, чем за тот же период прошлого года, а вина и шампанского — на 14%» [6].

Одним из направлений антиалкогольной кампании должно было стать снижение потребления алкоголя посредством уменьшения государственного производства и продажи спиртных напитков. Важным считалось также искоренение самогеноварения.

Обращаясь к статистике, необходимо отметить, что официальная информация о производстве и потреблении спиртных напитков за 1975—1988 гг. появилась впервые в 1990 г. (см. таблицу).

Продажа алкогольных напитков через государственную и кооперативную торговлю в 1988 г. снизилась по сравнению с 1985 г. более чем в 2 раза. Продажа водки, ликеро-водочных изделий и виноградного вина упала почти в 1,5 раза, в то время как продажа шампанского и коньяка увеличилась.

Данные о потреблении алкоголя на душу населения нельзя считать вполне достоверными, поскольку они не учитывают употребление населением всех суррогатных алкогольных напитков.

1987 г. стал поворотным для антиалкогольной кампании, а с 1988 г. наблюдается постепенный рост производства и продажи алкогольной продукции, вызванный дефицитом бюджета. М. С. Горбачев пишет: «Намечалось постепенно (подчеркиваю — постепенно) сокращать спиртное, по мере его замещения в товарообороте и бюджетных доходах другими товарами» [5]. Потери бюджета составили в 1987 г. 5,4 млрд руб., из которых только 2,4 млрд были компенсированы за счет расширения производства товаров народного потребления [7].

Органам здравоохранения по-прежнему отводилась ведущая роль в борьбе с пьянством и алкоголизмом. Они должны были сосредоточить главное внимание на профилактике пьянства и алкоголизма, активно выявлять лиц, склонных к алкоголизму, и обеспечить эффективное их лечение на ранних стадиях заболевания [8].

В 1984—1988 гг. в стране Министерством здравоохранения была создана сеть наркологических учреждений: наркологические диспансеры, отделения при МСЧ на промышленных предприятиях, в строительстве и сельском хозяйстве, кабинеты при поликлиниках, наркологические больницы и др.

Заболеваемость и смертность населения от причин, непосредственно связанных с алкоголизмом, оставалась высокой. Так, по данным Росстата, опубликованным в 1990 г., заболеваемость алкоголизмом по СССР на 100 тыс. населения составляла в 1985 г. 217 случаев, в 1986 г. — 196, в 1987 г. — 181 и в 1988 г. — 154 случая. По РСФСР средние показатели заболеваемости алкоголизмом были выше общесоюзных и составляли в 1985 г. 265 случаев, в 1986 г. — 242, в 1987 г. — 223, в 1988 г. — 198 случаев на 100 тыс. населения. Общая численность больных, состоящих на учете в медицинских учреждениях с диагнозами алкоголизм и алкогольный психоз, в 1984 г. составила 3289 тыс., в 1985 г. — 4491 тыс., в 1986 г. — 4551 тыс., в 1987 г. — 4625 тыс. и в 1988 г. — 4580 тыс. [1, с. 268].

Увеличение численности больных, состоящих на учете в медицинских учреждениях, связано, по-видимому, с расширением наркологической сети и улучшением регистрации больных. Так, в 1985—1988 гг. количество наркологических диспансеров увеличилось в 3,5 раза в СССР и в 4,3 раза в РСФСР. Более 75 тыс. коек для больных алкоголизмом было развернуто во вновь открытых наркологических учреждениях при промышленных и сельскохозяйственных предприятиях. [7, с. 78]. Коэффициент смертности (число умерших на 100 тыс. населения) по СССР и РСФСР в 1985 г. составил 17,2 и 23, в 1986 г. — 8,9 и 10,6 соответственно. В 1987 г. произошло постепенное снижение показателей (7,4 и 9,1), а в 1988 г. — 7 и 8,6 [1, с. 269—270], что нельзя не отметить как положительный результат работы органов здравоохранения.

Однако научная деятельность развивалась менее успешно, поэтому одним из важнейших мероприятий, предусмотренных постановлениями ЦК КПСС и Совета Министров СССР, стало расширение научных исследований по проблеме алкоголизма. Соответствующие поручения Минздравом СССР были даны органам здравоохранения всех уровней, научно-исследовательским институтам и кафедрам социальной гигиены и организации здравоохранения медицинских институтов, занимающихся разработкой теоретических и клинических проблем алкоголизма.

Большой вклад в изучение алкоголизма внесла кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения II Московского медицинского института им. Н. И. Пирогова (в настоящее время Российский

научный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова). В 1970—1990 гг. на кафедре были проведены социально-гигиенические и клинико-социальные исследования алкоголизма.

В частности, сотрудники кафедры занимались изучением факторов риска, приводящих к алкоголизму, что позволило выявить лиц, злоупотребляющих алкоголем, и разработать критерии их классификации. Результаты работы кафедры были обобщены в монографии, учебном пособии и статьях в научных журналах [9]. В 1981—1990 гг. на кафедре успешно разрабатывалась Республиканская программа изучения алкоголизма.

Ведущая роль в исследовании и лечении хронического алкоголизма отводилась психиатрам. Так, Всесоюзный научный центр наркологии Минздрава СССР в эти годы занялся изучением клинических и социально-психологических аспектов бытовых форм пьянства. В частности, занимаясь проблемой определения распространенности пьянства, его донзологических проявлений, ученые Центра сформулировали концепцию преалкоголизма. Новизна этой концепции состояла в теоретической и методологической разработке ряда проблем наркологии, находящихся на стыке нормы и патологии, здоровья и болезни. В ней на социально-психологическом уровне были показаны факторы, определяющие начало употребления спиртных напитков, интенсивность пьянства и его обратное развитие, а также механизм и прогноз перехода привычного пьянства в алкоголизм.

Всесоюзный научный центр наркологии Минздрава СССР провел социологическое исследование среди рабочих и служащих учреждений и предприятий Москвы ($n=1060$) по изучению общественного мнения относительно функций, свойств, последствий употребления алкоголя. Так, 31,9% респондентов указали, что они употребляют спиртное в связи с психологическим дискомфортом, причем в числе причин были названы конфликты в семье и на работе, стрессовые состояния [10]. Результаты проведенного социологического исследования стимулировали расширение психогигиенических мероприятий.

Невысокий уровень наркологических знаний населения проявился же в ходе социологических опросов: о безвредности спиртных напитков в малых дозах высказывались 46,8% [10, с. 21].

Преодолевая недостатки санитарного просвещения прошлых лет, Минздрав СССР рекомендовал повысить качество санитарного просвещения, сделав его целенаправленным и дифференцированным для различных групп населения, обратив особое внимание на подростков, учащуюся молодежь, женщин. Планировалось шире привлекать к этой работе сотрудников медицинских вузов и НИИ, работников наркологической службы, участковых врачей и врачей-специалистов поликлиник, амбулаторий, медико-санитарных частей, диспансеров, больниц, а также активнее использовать средства массовой информации [8, с. 6].

История медицины

Министр здравоохранения СССР профессор Е. И. Чазов в интервью корреспонденту журнала «Трезвость и культура», отметив увеличение в последнее время выпуска антиалкогольной литературы, выдвинул еще более фундаментальную задачу: «...учить здоровому образу жизни не только по книгам, но воспитывать его через практическую деятельность, создавая центры здоровья» [11].

С 1 января 1989 г. служба санитарного просвещения была реорганизована в службу формирования здорового образа жизни. Целью этой службы стало повышение уровня санитарной культуры населения, проведение оздоровительных мероприятий, способствующих сохранению и укреплению здоровья.

В постановлении ЦК КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» признано целесообразным создание Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость и его печатного органа.

25 сентября 1985 г. в Колонном зале Дома союзов состоялась учредительная конференция Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость. Конференция наметила круг задач Общества и пути их осуществления. На ней был утвержден Устав общества и избраны его руководящие органы. Председателем правления центрального совета Общества был избран академик АН СССР Ю. А. Овчинников. Печатным органом Общества стал журнал «Трезвость и культура». Первый номер журнала вышел в январе 1986 г.

В Уставе Общества определено, что оно должно «содействовать утверждению трезвого образа жизни, бескомпромиссной борьбе с пьянством и алкоголизмом, широкому развитию антиалкогольного движения в стране, приданию ему подлинно всенародного характера, внедрению в быт новых, социалистических обычаев и обрядов, исключающих употребление алкоголя, успешному осуществлению задач, выдвинутых Коммунистической партией и Советским государством по борьбе с этим социально опасным злом» [12].

В 1986—1987 гг. удалось создать первичные организации почти в 450 тыс. трудовых и учебных коллективах и привлечь в ряды Общества около 14 млн человек. Однако большинство членов Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость занимали пассивную позицию, особенно среди тех, кто вступил в него по принуждению. В 1987 г. был впервые поднят вопрос о неэффективности работы первичного звена Общества, а на пленуме Центрального совета Общества борьбы за трезвость (январь 1989 г.) работа Общества в целом была признана неудовлетворительной, в связи с чем поставлен вопрос о перестройке его работы. Было решено произвести сокращение административного аппарата Общества на 50%, планировалось расширить финансовую самостоятельность и самодеятельность первичных организаций, изменить действующий Устав Общества. Вторая Всероссийская конференция в октябре 1990 г. приняла новый Устав, утвердила название «Общество трезвости и здоровья». Председателем Центрального совета был избран заместитель Пред-

седателя Совета Министров РСФСР, бывший министр здравоохранения РСФСР (1983—1986) проф. Н. Т. Трубилин.

Сокращение числа членов и притока денежных поступлений в кассу негативно отразилось на деятельности Общества и журнала, что привело к свертыванию программ по антиалкогольной пропаганде. А развернувшийся в ходе приватизации 1990-х годов захват общественной собственности способствовал окончательному его развалу.

Анализ общественного мнения, проведенный в начале 1990-х годов Всесоюзным научным центром наркологии МЗ СССР, выявил непопулярность взятого партией и правительством курса на отрезвление населения. Полученные результаты показали неэффективность проводимой работы. Несмотря на введение ограничительных мер, 78,1% населения продолжали употреблять алкоголь, причем среди мужчин доля пьющих составляла 85,1% опрошенных, среди женщин — 66,2%. Существенная часть опрошенных пили часто и регулярно [10].

Борьба с пьянством должна была стать одним из звеньев программы нравственного оздоровления общества. Но обещанная правительством программа так и не была разработана. В сентябре 1990 г. Госкомитет по науке и технике, Минздрав СССР и другие ведомства разработали программу профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни. Она была представлена в Верховный Совет СССР, но так и не была утверждена. В сентябре 1990 г. Госкомитет по науке и технике, Минздрав СССР и другие ведомства разработали программу профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни. Она была представлена в Верховный Совет СССР, но так и не была утверждена.

Вместо социальных, воспитательных, экономических методов борьбы основными стали непопулярные «карательные» меры. Развернувшаяся в печати шумная пропаганда и экстремизм в трезвенническом движении сыграли определенную негативную роль. Выдвинутая в документах вполне благая конечная цель — вытеснить пьянство из жизни нашего общества — фактически подменялась задачей полного прекращения потребления спиртных напитков.

Председатель Совета Министров СССР Н. И. Рыжков считал, что перегибы, кампанейщина нанесли большой вред утверждению трезвости в стране. Они вызвали отрицательную реакцию со стороны населения, общество не готово было полностью отказаться от алкоголя в силу психологических, культурно-нравственных, социально-бытовых причин.

В 1987 г. председатель Совета Министров РСФСР В. И. Воротников направил записку в Политбюро ЦК КПСС об ошибочности методов проведения антиалкогольной кампании. При обсуждении этой записки Политбюро передало решение судьбы кампании Совету Министров СССР, который фактически взял курс на свертывание антиалкогольной кампании, постановив увеличить с 1 января 1988 г. государственное производство и продажу винно-водочной продукции [7].

Профессор Н. Т. Трубилин в интервью корреспонденту журнала «Трезвость и культура» (№ 1, 1991 г.) привел статистические данные, свидетельствующие о росте числа алкоголиков в стране: «...сейчас в стране около 4% людей больны алкоголизмом, около 10% подходят к этой черте, 80% взрослых употребляют спиртные напитки».

Заключение

Антиалкогольная кампания 1985 г., несмотря на кратковременный успех, существенно не повлияла на производство и употребление населением России алкогольной продукции и заболеваемость алкоголизмом.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Социальное развитие СССР. Статистический сборник. Госкомстат. М.: Финансы и статистика; 1990.
- Морозов А. В. Начало формирования наркологической службы в СССР. *Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 2015; Тематический вып.: 129—30.
- Морозов А. В., Кудрова Д. В. Организация динамического наблюдения за пациентами, нуждающимися в наркологической помощи в восьмидесятые годы прошлого века. *Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья*. 2013; Тематический вып.: 144—6.
- Законодательство о борьбе с пьянством и алкоголизмом. Отв. ред. Б. А. Столбов. М.: Юридическая литература; 1985. С. 8—23.
- Горбачев М. С. Алкогольная кампания 1985 года: благородный замысел, плачевный итог. В кн.: Жизнь и реформы. М.: Новости; 1995.
- Редакционная статья. *Трезвость и культура*. 1986;(12):14—5.
- Немцов А. В. Алкогольная история России. Новейший период. М.: ЛИБРОКОМ; 2009.
- Пихоя Р. Г. Советский Союз: история власти. Новосибирск; 2000.
- Сафонов А. Г. Здравоохранение в борьбе с пьянством и алкоголизмом. *Советское здравоохранение*. 1985;(10):3—4.
- Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я. Алкоголизм. М.: Медицина; 1983.
- Кошкина Е. А., Кузнец М. Е., Петракова Т. И. Общественное мнение и антиалкогольная политика. *Здравоохранение Российской Федерации*. 1991;(6):20—1.
- Чазов Е. И. Медицина для больных и здоровых. *Трезвость и культура*. 1987;(10):15.
- Устав Всесоюзного добровольного общества борьбы за трезвость. *Трезвость и культура*. 1986;(1):6.

Поступила 18.09.2014
Принята в печать 28.05.2016

REFERENCES

- Social development of the USSR. The statistical compilation. The state statistics committee. Moscow: Finance and statistics: 1990 (In Russ.).
- Morozov A. V. The Beginning of the formation of drug treatment services in the USSR. *Bulleten' Nacionalnogo NII obschestvennogo zdorovya imeni N. F. Semashko*. 2015; Thematic issue: 129—30 (In Russ.).
- Morozov A. V., Kudrowa D. V. Organization dynamic observation of patients, well-gdawsonia in narcological assistance in the eighties of the last century. *Bulleten' nacionalnogo NII obshestvennogo zdorovya imeni N. A. Semashko*. 2013; Thematic issue: 146 (In Russ.).
- Zakonodatelstvo po borbe s pyanstvom i alkogolizmom* [The law on combating drunkenness and alcoholism]. Ed. B. A. Stolbov. Moscow: Yuridicheskaya literatura; 1985. P. 8—23 (In Russ.).
- Gorbachev M. S. Alcohol campaign of 1985: noble idea, lamentable result. In: *Zhizn' i reformy* [The Life and Reforms]. Moscow: News; 1995; P. 340—1 (In Russ.).
- Editorial. *Trezvost i kultuira*. 1986;(12):14—5 (In Russ.).
- Nemtsov A. V. *Alkogol' naya istoriya Rossii. Noveishiy period* [Alcohol History of Russia. The Modern Period] Moscow: LIBROKOM; 2009 (In Russ.).
- Pikhoya R. G. *Sovetskiy Soyuz: istoriya vlasty* [The Soviet Union: the history of power]. Novosibirsk; 2000 (In Russ.).
- Safonov A. G. Health care against alcohol and alcoholism. *Sovetskoe zdavoookhranenie*. 1985;(10):3—4 (in Russian)
- Lisitsyn Y. P., Kopit N. Y. Alcoholism. Social and hygienic aspect. Moscow: Medicina; 1983 (In Russ.).
- Koshkina E. A., Kuznets M. E., Petrakova T. I. Public opinion and alcohol policy. *Zdravoohranenie Ros. Federatsii*. 1991;(6):20—1 (In Russ.).
- Chazov E. I. Medicine to sick and healthy. *Trezvost' i kultura*. 1987;(10):15—7 (In Russ.).
- The Charter of the society struggle for sobriety. *Trezvost' i kultura*. 1986;(1):6 (In Russ.).