

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](http://www.nriph.ru)

**Зав. редакцией**

*Щеглова Татьяна Даниловна*

Тел.: +7 (495) 916-29-60

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

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

Все права защищены.

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

**Подписка:**

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

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

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2018. Т. 26. № 6. 385—384.



Издатель: закрытое акционерное общество «Шико».

119571, Москва, ул. 26 Бакинских Комиссаров, дом 7, кор. 6.  
ОГРН 1027739732822

Переводчик *В. С. Нечаев*

Корректор *И. И. Жданюк*

Сдано в набор 30.10.2018.

Подписано в печать 16.11.2018.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная. Печ. л. 16. Усл. печ. л. 15,64. Уч.-изд. л. 15,68.

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

## 6

Том 26

2018

НОЯБРЬ—ДЕКАБРЬ

**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](http://www.nriph.ru)

**Managing editor**

*Scheglova T. D.*

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

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

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

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

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

# PROBLEMY SOTSIALNOY GIGIENY, ZDRAVOOKHRANENIYA I ISTORII MEDITSINY

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

The bimonthly theoretical and practical journal

## 6

Volume 26

2018

NOVEMBER—DECEMBER

**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

- Линденбратен А. Л., Гришина Н. К., Переpelova О. В. Правовые вопросы соответствия платной медицинской услуги ожиданиям пациента ..... 388
- Балканов А. С., Гуров А. Н., Давронов И. В. Анализ онкологической заболеваемости как функция перспективного планирования инфраструктуры региональной радиотерапевтической службы ... 393
- Гудинова Ж. В., Усачева Е. В., Бережной К. О. Заболеваемость инфарктом миокарда в Российской Федерации, Сибирском федеральном округе и Омской области ..... 397
- Успенская И. В., Манухина Е. В., Юрина С. В. Стоматологическая заболеваемость и первичная стоматологическая помощь населению ..... 401
- Феофилова М. А., Павлов О. Г., Геймерлинг В. Э. Влияние образа жизни и производственных вредностей на развитие миомы матки ..... 406
- Гудилина Н. А., Иванова Э. С., Ростова Н. Б. Рациональная антиретровирусная терапия ВИЧ-инфицированных пациентов: мнение медицинских специалистов ..... 411
- Романов С. В., Александрова О. Ю., Абаева О. П., Смирнова Г. Ю. Отношение врачей донорских баз к проблемам трансплантации органов и тканей человека ..... 415

### Реформы здравоохранения

- Хальфин Р. А., Мадьянова В. В., Столбов А. П., Свистунов А. А., Орлов С. А., Бакулина А. А., Ефимова А. О., Татарнинова Т. А., Гиль А. Ю. Концепция пациентоориентированной модели организации медицинской помощи ..... 418
- Гайдаров Г. М., Ломакина Е. А. Медико-экономический анализ специализированной офтальмологической помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий ..... 424
- Сандаков Я. П., Кочубей А. В. Мероприятия по совершенствованию организации диспансерного наблюдения ..... 428
- Мингазова Э. Н., Ульянов Ю. А., Миргазизов М. З. Анализ преимуществ сетевых структур в стоматологии ..... 432
- Воронина Е. В., Жусина Ю. Г., Будневский А. В., Саурина О. С., Натаров Е. В., Лабжания Н. Б., Гребенникова Л. Г. К вопросу о регистре пациенток гинекологического профиля с анемическим синдромом ..... 436
- Мильчаков К. С., Косаговская И. И., Кобяцкая Е. Е., Розалиева Ю. Ю. Динамический мониторинг баланса польза/риск в системе фармаконадзора Российской Федерации и Евразийского экономического союза ..... 440
- Зарубина Т. В., Кобринский Б. А., Кудрина В. Г. Медицинская информатика в здравоохранении России ..... 447

### Образование и кадры

- Кучиц С. С., Гриднев О. В., Песенникова Е. В., Гадаборшев М. И., Вартанян Э. А. Особенности трудовой мотивации сотрудников государственных медицинских учреждений ..... 452
- Орлов Д. А., Эхте К. А., Дербенев Д. П. Характеристика кадровых ресурсов системы здравоохранения Тверской области ..... 457

### За рубежом

- Коновалов О. Е., Бейсенбаева Ж. М. Организация специализированной и высокотехнологичной кардиологической помощи в Республике Казахстан ..... 461

### История медицины

- Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С. Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР: мифы и реальность. Сообщение 2. 1950—1990 годы ..... 465
- Глянцев С. П., Сточик А. А. Создание АМН СССР: второй этап. От постановления СНК СССР «Об учреждении АМН СССР» до Учредительной сессии АМН СССР (июль—декабрь 1944 г.) ..... 472
- Шертнева Е. В. Реформирование организационной структуры Наркомздрава РСФСР в 1930-е годы ..... 478
- Егорышева И. В. Репрессии в отношении врачей в годы Гражданской войны ..... 483
- Воробей С. В., Туленков А. М., Пономарев С. Б. Историко-правовые аспекты становления пенитенциарной медицины в России ..... 487
- Горелова Л. Е., Афанасьева Е. А. Роль госпитальных школ в развитии отечественного медицинского образования ..... 491
- Бородулин В. И., Васильев К. К. Классик отечественной медицины Ф. Г. Яновский ..... 496
- Кутя С. А., Сатаева Т. П., Николаева Н. Г., Кривенцов М. А. Антонио Бенивieni (1443—1502) —врач эпохи Возрождения ..... 502

### Хроника

- Тельнова Е. А., Румянцев А. С., Проклова Т. Н. Российско-итальянский круглый стол в Национальном НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко по теме «Проблема внутрибольничных инфекционных заболеваний и антибиотикорезистентности» ... 505

### Health and Society

- Lindenbraten A. L., Grishina N. K., Perepelova O. V. The legal issues of conformity of paid medical service with expectancies of patient ..... 388
- Balkanov A. S., Gurov A. N., Davronov I. V. The analysis of oncologic morbidity as a function of perspective planning of infrastructure of regional radiotherapy service ..... 393
- Gudinova J. V., Usacheva E. V., Berejnoj K. O. The morbidity of myocardium infarction in the Russian Federation, the Siberian Federal District and the Omsk region ..... 397
- Uspenskaya I. V., Manukhina E. V., Yurina S. V. The stomatological morbidity and primary stomatological care to population ..... 401
- Feofilova M. A., Pavlov O. G., Geimerling V. E. The effect of life-style and occupational hazards on development of hysteryomyoma ..... 406
- Gudilina N. A., Ivanova E. S., Rostova N. B. The rational anti-retroviral therapy of HIV-infected patients: opinion of medical specialists ..... 411
- Romanov S. V., Alexandrova O. Yu., Abaieva O. P., Smirnova G. Yu. The attitude of physicians of donor bases to problems of transplantation of human organs and tissues ..... 415

### Health Care Reforms

- Khalfin R. A., Madiyanova V. V., Stolbov A. P., Svistunov A. A., Orlov S. A., Bakulina A. A., Efimova A. O., Tatarinova T. A., Gil A. Yu. The concept of patient-oriented model of organization of medical care ..... 418
- Gaydarov G. M., Lomakina E. A. The medical economic analysis of specialized ophthalmologic care within the framework of territorial program of state guarantees ..... 424
- Sandakov Ya. P., Kochubey A. V. The activities concerning improvement of dispensary observation ..... 428
- Mingazova E. N., Uliyanov Yu. A., Mirgazizov M. Z. The analysis of advantages of network structures in stomatology ..... 432
- Voronina E. V., Jusina Yu. G., Budnevsky A. V., Saurina O. S., Natarov E. V., Labjaniya N. B., Grebennikova L. G. On the issue of register of patients of gynecological profile with anemia syndrome ..... 436
- Milchakov K. S., Kosagovskaya I. I., Kobiyatskaya E. E., Rosaliev Yu. Yu. The dynamic monitoring of benefit/risk balance in the system of pharmacological control ..... 440
- Zarubina T. V., Kobrinsky B. A., Kudrina V. G. The medical informatics in health care of Russia ..... 447

### Education and Personnel

- Kuchitz S. S., Gridnev O. V., Pesennikova E. V., Gadaborshv M. I., Vartaniyan E. A. The labor motivation features of employees of state medical institutions ..... 452
- Orlov D. A., Ekhte K. A., Dербенев D. P. The characteristics of personnel resources of medical care system of the Tver oblast ..... 457

### From Abroad

- Konovall O. E., Beisenbaeva J. M. The organization of specialized and high-tech cardiologic care in the Republic of Kazakhstan ..... 461

### History of Medicine

- Zatravkin S. N., Khabriev R. U., Schepin V. O., Sarkisov A. S. The morbidity of infection diseases in the USSR: myths and reality. Report II. 1950—1990 ..... 465
- Glyantsev S. P., Stochik A. A. The organization of the USSR Academy of Medical Sciences: Stage II. From the Decree of the USSR Council of People's Commissars «On establishment of the USSR Academy of Medical Sciences» to the establishment session of the USSR Academy of Medical Sciences (July—December 1944) ..... 472
- Sherstneva E. V. The reforming of organizational structure of the RSFSR Narkomzdrav in 1930s ..... 478
- Egorysheva I. V. The repressions concerning physicians during the Civil War ..... 483
- Vorobey S. V., Tulenkov A. M., Ponomarev S. B. The historical legal aspects of becoming of penitentiary medicine in Russia ..... 487
- Gorelova L. E., Afanasieva E. A. The role of hospital schools in development of national medical education ..... 491
- Borodulin V. I., Vasiliev K. K. F. G. Yanovsky, the classic of national medicine ..... 496
- Kutiya S. A., Sataeva T. P., Nikolaieva N. G., Kriventsov M. A. Antonio Benivieni (1443—1502), physician of the Renaissance ..... 502

### Chronicle

- Telnova E. A., Rumiyantsev A. S., Proklova T. N. The Russian Italian round table in the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health about problem of in-hospital infectious diseases and antibiotic resistance ..... 505

# Здоровье и общество

© Коллектив авторов, 2018  
УДК 614.2:616-082[34]

Линденбратен А. Л.<sup>1</sup>, Гришина Н. К.<sup>1</sup>, Перепелова О. В.<sup>2</sup>

## ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ СООТВЕТСТВИЯ ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ ОЖИДАНИЯМ ПАЦИЕНТА

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

<sup>2</sup>ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, г. Москва

*В статье рассмотрены отдельные аспекты правового регулирования соответствия платной медицинской услуги ожиданиям пациента, в рамках исследования предложен ряд мер по совершенствованию правовой защищенности всех заинтересованных сторон во взаимодействии с медицинской организацией.*

*Ключевые слова:* платные медицинские услуги; договор оказания платных медицинских услуг; ожидания и удовлетворенность пациентов; качество медицинской помощи.

*Для цитирования:* Линденбратен А. Л., Гришина Н. К., Перепелова О. В. Правовые вопросы соответствия платной медицинской услуги ожиданиям пациента. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):388—392. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-388-392>

*Для корреспонденции:* Линденбратен Александр Леонидович, д-р мед. наук, профессор, e-mail: [lindenbraten13@rambler.ru](mailto:lindenbraten13@rambler.ru)

Lindenbraten A. L.<sup>1</sup>, Grishina N. K.<sup>1</sup>, Perepelova O. V.<sup>2</sup>

## THE LEGAL ISSUES OF CONFORMITY OF PAID MEDICAL SERVICE WITH EXPECTANCIES OF PATIENT

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The State Budget Institution of Health Care of the Moscow Region «The M. F. Vladimirskiy Moscow Region Research Clinical Institute» 129110, Moscow, Russia

*The article considers particular aspects of legal regulation of conformity of paid medical service with expectancies of patient. A number of measures related to improvement of legal immunity of all interested sides during interaction with medical organization were proposed within the framework of the study.*

*Keywords:* paid medical service; contract of paid medical service support; expectations and satisfaction of patients; medical care quality.

*For citation:* Lindenbraten A. L., Grishina N. K., Perepelova O. V. The legal issues of conformity of paid medical service with expectancies of patient. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018; 26(6):388—392 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-388-392>

*For correspondence:* Lindenbraten A. L., doctor of medical sciences, professor of the Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health». e-mail: [lindenbraten13@rambler.ru](mailto:lindenbraten13@rambler.ru)

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

*Acknowledgment.* The study had no sponsor support.

Received 24.11.2017  
Accepted 21.12.2017

Право на получение платных медицинских услуг (ПМУ) предусмотрено ст. 19 и ст. 84 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Основы).

С каждым годом спрос на ПМУ увеличивается [1, 2]. В связи с этим напрашивается вывод о неудовлетворенности граждан медицинской помощью, получаемой в рамках ОМС, что подтверждается рядом социологических исследований [3]. Возникает резонный вопрос: соответствует ли «платная медицина» ожиданиям потребителей? Ответы на него, конечно, будут разными в зависимости от конкретной медицинской организации. Ввиду специфики медицинской деятельности оценка качества может меняться с течением времени, прошедшего после оказания услуги. Как правило, удовлетворенность паци-

ентов ПМУ через некоторое время падает, что чаще всего обусловлено ненаступлением желаемого результата после медицинского вмешательства [4].

### Материалы и методы

Проведен анализ законодательных и нормативных правовых документов, регламентирующих правовые вопросы оказания ПМУ и соответствия либо несоответствия их ожиданиям пациента, изучены результаты проводимых по данной тематике социологических исследований. Использовались следующие методы: изучение и обобщение опыта, аналитический, социологический. Исследование проводилось на базе ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт им. М. Ф. Владимирского».

### Результаты исследования

Установлено отсутствие единого понимания термина «удовлетворенность потребителя качеством медицинских услуг» и факторов, ее определяющих [5]. По существу данного вопроса в рамках заявленной темы было обращено внимание на три аспекта.

В самом общем виде удовлетворенность пациента зависит от того, насколько полученное соответствует ожиданиям, которые у него были. Под полученным следует понимать процесс оказания медицинской услуги, предоставляемый при этом уровень сервиса, достижение результатов, на которые рассчитывал потребитель [6]. При этом с юридической точки зрения ожидания пациента не имеют какого-либо значения, если не соответствуют обязательным требованиям, предъявляемым законом, или пока их реализация не закреплена в качестве обязательства исполнителя ПМУ в договоре. Однако с учетом специфики медицинской деятельности и сравнительно низкой прогнозируемости эффекта от медицинского вмешательства маловероятно, что медицинские организации согласятся взять на себя обязательство по достижению определенных результатов.

Разрешая вопрос о субъективных ожиданиях пациента, в одной из рассматриваемых в литературе ситуаций суд отметил, что отсутствие результата, на который рассчитывал потребитель, в условиях, когда специалистами медицинской организации «были предприняты все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмотрительности, которая от них требовалась по характеру обязательств и условиям договора, не является основанием для признания услуги оказанной с ненадлежащим качеством» [7]. Данное разъяснение коррелирует с нормой, закрепленной в ч. 1 ст. 401 ГК РФ. Недаром к правоотношениям медицинской организации и пациента применяются положения о договоре оказания услуг, а не подряда, для которого первостепенное значение имеет результат [8].

Здесь, однако, следует проанализировать ситуацию, когда потребитель соглашается на получение ПМУ не просто ввиду ничем не подкрепленных ожиданий, а на основании соответствующего обещания или внушения со стороны врача, продиктованного исключительно желанием получить финансовую выгоду. Иными словами, речь идет о навязывании медицинской услуги.

Поскольку результат существенным условием договора оказания ПМУ не является, пациент, поняв обман, не сможет привлечь медицинскую организацию к ответственности. Следовательно, в целях защиты интересов пациента необходимо предусмотреть механизм фиксации рекомендаций врача, на основании которых потребитель принимает решение об оплате услуг. Из документации должно быть видно, с какой жалобой обратился пациент, какие услуги ему были рекомендованы, зачем и почему.

В качестве такого механизма может быть использовано информированное добровольное согласие на

медицинское вмешательство. По закону оно дается после получения пациентом в доступной для него форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Можно выделить два недостатка существующей конструкции. Во-первых, такое согласие зачастую берется единожды при оформлении договора. При этом пациент может обращаться в медицинскую организацию неоднократно и по не связанным между собой вопросам. Во-вторых, разъяснения медицинских работников даже при однократном подписании либо вообще отсутствуют, либо носят весьма сжатый характер, затрагивая не более одного-двух аспектов. Между тем надлежащее информирование позволило бы пациенту принимать более взвешенное решение о необходимости получения той или иной услуги и возможных последствиях.

Для устранения второго недочета можно на законодательном уровне закрепить необходимость предоставления описанной в п. 1 ст. 20 Основ информации в письменной форме наравне с «разъяснением в доступной форме». На практике необходимо контролировать вопрос наличия информированного согласия перед каждым медицинским вмешательством или группой взаимосвязанных вмешательств.

Следует разделять платные медицинские услуги и платные немедицинские услуги, которые даже при неразрывной связи с первыми не могут служить критерием оценки качества предоставления ПМУ, поскольку имеют иную правовую природу. Речь идет о бытовых, сервисных, транспортных услугах. Дефекты в их оказании будут влиять на удовлетворенность пациента от обращения к исполнителю ПМУ, но не могут быть положены в основу претензий к качеству медицинской услуги.

В связи с вышеизложенным, когда мы говорим о правовых последствиях соответствия либо несоответствия платной медицинской услуги ожиданиям пациента, следует учитывать только те ожидания, которые нашли отражение в договоре с медицинской организацией или соответствуют законодательным требованиям и связаны сугубо с медициной.

Помимо отделения медицинской услуги от «сопровождающих» услуг важно понимать, что при оценке качества услуги мы оцениваем также используемые средства и иные параметры, что шире оценки качества медицинской помощи. Примером может служить поставленная человеку пломба из более дешевого, нежели оплачено, материала. Важно подчеркнуть, что она не является результатом оказания услуг, поскольку в противном случае договор с пациентом следовало бы квалифицировать как договор подряда, что противоречит действующему правовому регулированию. Пломба выступает лишь средством достижения цели, ради которой оказывается услуга, а именно: устранение или облегчение прояв-

лений заболевания либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни. Аналогичным образом потребитель может попросить включить в договор условие о минимальной квалификации медицинского работника, который будет оказывать ему медицинскую услугу, его стажу и т. д.

### Обсуждение

Представляется правильным разграничивать понятия «качество медицинской услуги» и «качество медицинской помощи». Дефект в оказании первой не всегда будет означать некачественность последней.

Качество медицинской помощи определено в Основах как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (п. 21 ст. 2).

На наш взгляд, данная дефиниция требует корректировки. Во-первых, своевременность оказания медицинской помощи далеко не всегда связана с вопросами качества. Например, человек умирает из-за того, что скорая помощь не успела приехать на место происшествия. Факт несвоевременности очевиден, но говорить о некачественности медицинской помощи в данном случае нельзя, поскольку она в принципе не была оказана.

Во-вторых, степень достижения запланированного результата также не всегда зависит от качества медицинской помощи. Отсутствие результата или отклонение от него может быть обусловлено индивидуальными особенностями пациента, уровнем развития медицинской науки или другими обстоятельствами.

Наконец, к правильности выбора метода профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи следует также добавить его соблюдение. Ведь недостаточно констатировать, что человеку нужна операция, ее необходимо провести правильно.

Вступившие в силу с 1 июля 2017 г. критерии оценки качества медицинской помощи применяются в целях оценки совокупности его характеристик, закрепленных в Основах, хотя очевидно, что сам факт ведения медицинской документации (пп. «а» п. 2.1. Критериев) не влияет ни на своевременность медицинской помощи, ни на правильность выбора, ни на результативность.

Качество медицинской услуги определяется условиями договора, а при их отсутствии — требованиями, предъявляемыми к услугам соответствующего вида (п. 27 постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

В договоре подобные условия практически никогда не прописываются, а соответствующих нормативных требований не предусмотрено. На практике

же суды применяют критерии оценки качества медицинской помощи. Помимо этого необходимо также принимать во внимание характеристики материально-технического обеспечения процесса оказания услуг и другие факторы, которые к качеству медицинской помощи не имеют отношения.

Теперь поговорим о правовых способах защиты пациентом своих интересов. Общие вопросы ответственности исполнителя ПМУ весьма подробно описаны в медицинской и юридической литературе, поэтому в рамках настоящей статьи остановимся лишь на тех аспектах, которые, на наш взгляд, требуют корректировки.

На правоотношения по предоставлению ПМУ распространяет свое действие Закон РФ от 07.02.1992 № 2300—1 «О защите прав потребителей», который включает достаточно большой перечень способов защиты. В него входит право требовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
- безвозмездного изготовления другой вещи из однородного материала такого же качества или повторного выполнения работы;
- возмещения понесенных расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами;
- возмещения убытков, вызванных некачественным оказанием услуги.

Помимо этого потребитель вправе отказаться от договора при выявлении существенных недостатков, а также имеет полномочия, связанные с последствиями нарушения исполнителем сроков оказания услуг.

Применительно к области оказания медицинских услуг этот перечень должен быть подвержен корректировке. Подобный тезис обусловлен повышенной социальной значимостью данной сферы. Предоставление медицинской помощи непосредственно затрагивает вопросы жизни и здоровья потребителей, что требует учета в рамках правового регулирования.

Видится недопустимым, например, такой способ защиты, как требование пациентом возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами. Причин тому несколько. Во-первых, такой подход противоречит концепции профессиональной медицинской помощи (п. 10 ст. 2 Основ). Одно из требований для осуществления медицинской деятельности — наличие у специалиста диплома о высшем медицинском образовании. Другое — получение организацией лицензии. То и другое обусловлено важностью данной сферы человеческой жизнедеятельности. При таком подходе видится нецелесообразным предоставление пациенту возможности самостоятельно устранять недостатки оказанных услуг. Самолечение может привести только к ухудшению здоровья человека.

Во-вторых, подобная самодеятельность может быть чревата дополнительными финансовыми потерями для медицинской организации, поскольку в

случае возникновения осложнений и необходимости их устранения потребитель предъявит требование о возмещении убытков. При этом на практике не всегда достоверно можно установить, что стало причиной осложнений: первично оказанные услуги или дальнейшее вмешательство.

Таким образом, с учетом интересов обеих сторон комментируемый способ защиты пациентом его прав следует исключить.

Предлагалось также исключить для пациента возможность требования соразмерного уменьшения цены оказанной услуги, поскольку желание сэкономить может явиться следствием возникновения дополнительных осложнений. В некоторых случаях подобные опасения действительно оправданы. Существует множество ситуаций, когда недостатки результата не связаны непосредственно с качеством медицинской помощи. Например, пациент обнаруживает, что вместо пломбы из более дорогого материала ему поставили более дешевую. В такой ситуации уменьшение цены оказанной услуги для человека может быть намного привлекательней замены, которая потребует дополнительных временных затрат и только негативно скажется на зубе, поскольку для установки новой пломбы необходимо будет снять еще часть зубной поверхности.

По закону о защите прав потребителей следует поддержать предложение об установлении права пациента расторгнуть договор в случае выявления не только существенного недостатка. Но с юридической точки зрения правильнее говорить не о расторжении договора, а об отказе от исполнения. Дело в том, что расторжение договора согласно ст. 450 ГК РФ возможно только по соглашению сторон либо в судебном порядке по требованию одной из них. В указанном случае речь идет о внесудебном отказе от договора, предусмотренном ст. 450.1 ГК РФ. Понятия «недостаток» и «существенный недостаток» закреплены в преамбуле закона о защите прав потребителей. Специфика последнего заключается в его неустранимости, неоднократности выявления или значительности затрат на его устранение. При таких обстоятельствах обоснованность закрепления за пациентом права на отказ от договора не вызывает сомнений.

Соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи согласно сложившейся практике является критерием качества медицинской помощи. Получается, что необоснованное отклонение от них не будет основанием для отказа пациента от договора (при отсутствии признаков существенного недостатка), хотя подобными действиями нарушается фундаментальный принцип охраны здоровья. Думается, что такое положение дел противоречит ч. 2 ст. 7 и ст. 41 Конституции РФ об охране здоровья.

На основании вышесказанного предлагается дополнить права пациентов правом на отказ от договора при обнаружении любого недостатка. Подобное положение может быть закреплено в Постановлении № 1006.

## Заключение

Анализ вопросов соответствия платной медицинской услуги ожиданиям пациента позволяет сделать следующие выводы.

1. Ответственность исполнителя ПМУ в случае неудовлетворенности пациента может наступить только в том случае, если реализация отдельных ожиданий потребителя требуется в силу закона либо закреплена в качестве обязательства медицинской организации в договоре.

2. В целях борьбы с навязыванием медицинских услуг потребителю, а также повышения его осведомленности относительно характера и последствий медицинского вмешательства предлагается закрепить обязательную письменную фиксацию информирования пациента о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Также необходимо отслеживать наличие информированного согласия на каждое медицинское вмешательство либо комплекс связанных между собой вмешательств.

3. Ввиду специфики медицинской деятельности и серьезности возможных последствий требуется ввести запрет на способ защиты пациентом своих прав в форме требования о возмещении понесенных расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами. Право на отказ от договора, напротив, следует распространить на случаи выявления любого недостатка, а не только существенного.

4. Необходимо различать понятия «качество медицинской помощи» и «качество медицинской услуги». Второе с точки зрения оценки всех составляющих качества шире, поскольку связано не только с выбором метода профилактики, диагностики, лечения и реабилитации и его соблюдением, но и с характеристиками материально-технического обеспечения процесса оказания услуг.

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

## ЛИТЕРАТУРА

1. В 2015 г. доля коммерческой легальной медицины в общей структуре российского рынка платных медицинских услуг составила 63,2%. ПБК. URL: <https://marketing.rbc.ru/articles/1877/> (дата обращения: 13.10.2017 г.).
2. Спрос на платные медицинские услуги растет. Ведомости. URL: <https://www.vedomosti.ru/business/articles/2015/11/10/616113-spros-platnie-meditsinskie-uslugi-rastet> (дата обращения: 13.10.2017 г.).
3. Будник Я. И., Шаршакова Т. М. Удовлетворенность населения медицинским обслуживанием в амбулаторно-поликлинических условиях. *Проблемы здоровья и экологии*. 2011;4(30):124—8.
4. Гудименко Г. В., Кондрашова Р. А. Удовлетворенность медицинскими услугами как фактор конкурентоспособности региональных учреждений здравоохранения. *Казанский медицинский журнал*. 2017; 98(2):251—5.
5. Светличная Т. Г., Цыганова О. А. Медико-социологический подход к анализу удовлетворенности населения качеством медицинских услуг. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2011;19(6):1—13.

6. Фоменко А. Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения. *Медицинские новости*. 2011;(11):31—7.
7. Габай П. Г. Договор на лечение или излечение пациента? *Медицинское право*. 2015;20(1):17—22.
8. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». Официальный интернет-портал правовой информации. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (дата обращения: 28.10.2017).

Поступила 24.11.2017  
Принята в печать 21.12.2017

#### REFERENCE

1. In 2015, the share of commercial legal medicine in the overall structure of the Russian market of paid medical services was 63.2%. RBK. URL: <https://marketing.rbc.ru/articles/1877/> (Accessed: 13.10.2017) (in Russian).
2. Demand for paid medical services is growing. *Vedomosti*. URL: <https://www.vedomosti.ru/business/articles/2015/11/10/616113-spros-platnie-meditsinskie-uslugi-rastet> (Accessed: 13.10.2017) (in Russian).
3. Budnik Ja.I. Sharshakova T. M. Satisfaction of the population with medical care in outpatient and polyclinic settings. *Problemy zdorov'ja i jekologii*. 2011;4(30):124—8 (in Russian).
4. Gudimenko G. V., Kondrashova R. A. Satisfaction with medical services as a factor in the competitiveness of regional health institutions. *Kazanskij medicinskij zhurnal*. 2017;98(2):251—5 (in Russian).
5. Svetlichnaja T. G., Cyganova O. A. Medico-sociological approach to the analysis of the population's satisfaction with the quality of medical services. *Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija*. 2011;19(6):1—13 (in Russian).
6. Fomenko A. G. Satisfaction of patients with the quality of medical care and their expectations regarding the prospects for health development. *Meditsinskie novosti*. 2011;(11):31—7 (in Russian).
7. Gabaj P. G. A contract for the treatment or cure of a patient? *Medicinskoe pravo*. 2015;20(1):17—22 (in Russian).
8. Prikaz Minzdrava Rossii ot 10.05.2017 № 203n «Ob utverzhdenii kriteriev ocenki kachestva medicinskoj pomoshhi». Oficial'nyj internet-portal pravovoj informacii. URL: <http://www.pravo.gov.ru> (Accessed: 28.10.2017) (in Russian).



**Балканов А. С.<sup>1</sup>, Гуров А. Н.<sup>1</sup>, Давронов И. В.<sup>2</sup>**

## **АНАЛИЗ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАК ФУНКЦИЯ ПЕРСПЕКТИВНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ РЕГИОНАЛЬНОЙ РАДИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

<sup>1</sup>ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, г. Москва;  
<sup>2</sup>Талдомская Центральная районная больница, 141900, г. Талдом, Московская область

*Адекватное применение дистанционной лучевой терапии обеспечивает существенный рост выживаемости онкологических пациентов.*

*Целью работы стало определение потребности Московской области в радиотерапевтической помощи пациентам с наиболее часто выявляемыми опухолями на основании данных об онкологической заболеваемости.*

*Расчет минимальной региональной потребности в аппаратах дистанционной лучевой терапии производился по определенной формуле.*

*В 2017 г. число нуждающихся в дистанционной лучевой терапии пациентов с наиболее часто выявляемыми опухолевыми локализациями составило 4245. Минимальная потребность в радиотерапевтической помощи для указанного количества пациентов составила 9,4 аппарата дистанционной лучевой терапии. С учетом показателей онкологической заболеваемости оптимальная потребность здравоохранения Московской области в случае планирования оказания этого вида медицинской помощи всем нуждающимся в радиотерапевтических учреждениях, расположенных на территории региона, составляет 27 аппаратов дистанционной лучевой терапии.*

*Итоги проведенного исследования свидетельствуют о том, что в радиотерапевтических учреждениях здравоохранения Московской области существует дополнительная потребность в обеспечении такими аппаратами, намечены оптимальные перспективы развития службы.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** заболеваемость; рак; дистанционная лучевая терапия; потребность в радиотерапевтической помощи.

**Для цитирования:** Балканов А. С., Гуров А. Н., Давронов И. В. Анализ онкологической заболеваемости как функция перспективного планирования инфраструктуры региональной радиотерапевтической службы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018; 26(6):393—396. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-393-396>

**Для корреспонденции:** Гуров Андрей Николаевич, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья, e-mail: [angurov1@mail.ru](mailto:angurov1@mail.ru)

**Balkanov A. S.<sup>1</sup>, Gurov A. N.<sup>1</sup>, Davronov I. V.<sup>2</sup>**

## **THE ANALYSIS OF ONCOLOGIC MORBIDITY AS A FUNCTION OF PERSPECTIVE PLANNING OF INFRASTRUCTURE OF REGIONAL RADIOTHERAPY SERVICE**

<sup>1</sup>The State Budget Institution of Health Care of the Moscow Region «M. F. Vladimirskiy Moscow Region Research Clinical Institute», 129110, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Taldom Central District Hospital, 141900, Taldom of the Moscow Region, Russia

*The appropriate application of remote radiotherapy ensures significant increasing of survival rate of oncologic patients. The purpose of study is to determine need of the Moscow region in radiotherapy care of patients with the most frequently detected tumors on the basis of oncologic morbidity data. The calculation of minimal regional need in devices of remote radiotherapy was implemented according particular formula. In 2017, number of patients with the most frequently detected tumor localizations, requiring application of remote of radiotherapy, amounted to 4245 individuals. The minimal need in radiotherapy care for the mentioned number of patients amounted to 9.4 devices of remote radiotherapy. The optimal need of the Moscow region health care amounts to 27 devices of remote radiotherapy in case of planning of this type of medical care to all regional radiotherapy institutions in need and with consideration for indices of oncologic morbidity. The resume of carried out study testify that in radiotherapy institutions of the Moscow region health care exists an additional need in supply of such devices. The optimal perspectives of development of the radiotherapy service are outlined.*

**К e y w o r d s :** morbidity; cancer; remote radiotherapy; need in radiotherapy care.

**For citation:** Balkanov A. S., Gurov A. N., Davronov I. V. The analysis of oncologic morbidity as a function of perspective planning of infrastructure of regional radiotherapy service. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018; 26(6):393—396 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-393-396>

**For correspondence:** Gurov A. N., doctor of medical sciences, professor, the head of Chair of Health Care Organization and History of Medicine of the State Budget Institution of Health Care of the Moscow Region «The M. F. Vladimirskiy Moscow Region Research Clinical Institute». e-mail: [angurov1@mail.ru](mailto:angurov1@mail.ru)

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

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

Received 31.08.2018  
Accepted 20.09.2018

Показатели смертности населения от злокачественных новообразований (ЗНО) стабильно сохраняют 2-е место после смертности от болезней системы кровообращения, хотя и имеют тенденцию к снижению. В Московской области этот показатель снизился в 2017 г. до 174,5 случая на 100 тыс. населения,

что меньше аналогичных значений в среднем по Центральному федеральному округу (ЦФО) — 207,1 и РФ — 196,9. Основными причинами смерти от ЗНО являются: рак легкого (25,8 случая на 100 тыс. населения), желудка (18,2), ободочной кишки (16,1), молочной железы (13,7), предстательной железы (7,1)

случая на 100 тыс. населения). В Московской области наблюдается снижение смертности населения трудоспособного возраста от новообразований с 68,8 случая на 100 тыс. населения соответствующего возраста в 2016 г. до 59,3 случая в 2017 г. (РФ — 73,3, ЦФО — 70,6 случая на 100 тыс. населения трудоспособного возраста) [1, 2].

Лучевая терапия (ЛТ) является одним из трех основных видов лечения в онкологии, ее адекватное применение обеспечивает существенное снижение вероятности рецидива опухоли и увеличение выживаемости пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями. Лучевая, или ядерная, медицина считается самым передовым направлением лечения рака. Возможность максимально эффективно использовать ЛТ появляется только в случае оптимального количественного обеспечения соответствующим оборудованием, сконцентрированным в местах наиболее компактного проживания населения, либо при создании оптимальных схем маршрутизации, позволяющих оказывать ЛТ пациентам, проживающим на значительном расстоянии от радиотерапевтического центра.

По данным большинства авторов, 32,6—50,5% пациентов с впервые выявленным раком получают ЛТ [5—7]. Полагают, что оптимальной для экономической развитых стран является организация региональной радиотерапевтической службы, которая позволяет оказывать данный вид медицинской помощи более 50% таких пациентов, в том числе в сроки, указанные в соответствующих рекомендациях.

Наиболее востребованной в клинической практике является дистанционная лучевая терапия (ДЛТ) с использованием медицинских линейных ускорителей (ЛИНАК) либо аппаратов дистанционной гамма-терапии (ДГТ). В последнее время наблюдается повсеместная замена аппаратов ДГТ на ЛИНАК [7, 8]. Причинами происходящего называют неоспоримые преимущества использования ЛИНАК, к числу которых следует прежде всего отнести значительное снижение дозы облучения в области критических органов и возможностью минимум на 10% увеличить суммарную очаговую дозу (СОД) в границах мишени облучения. Среди недостатков отмечают высокие финансовые затраты на приобретение такого оборудования и его техническое обслуживание [7]. Отмечают также более частый выход из строя комплектующих ЛИНАК, что нередко обуславливает его длительный простой по техническим причинам [9].

На Европейском континенте на сегодняшний день на 1 млн населения приходится в среднем 5,3 (1,4—9,5) аппарата ДЛТ (ЛИНАК или ДГТ) [8]. Оптимальным считается оснащение каждого радиотерапевтического учреждения в среднем 2,6 (0,9—8,2) аппарата ДЛТ [9].

При организации радиотерапевтической службы важнейшее значение имеет и экономическое состояние региона. Так, более высокая стоимость каждого курса ДЛТ в США, скорее всего, является причиной самого большого числа ЛИНАК на территории этой

страны (средняя стоимость курса ДЛТ в США составляет 6581 доллар США, в Европе — 3606 долларов, в Азиатско-Тихоокеанском регионе — 2423 доллара) [7, 10].

При планировании инфраструктуры радиотерапевтической службы следует учитывать и особенности региональной онкологической заболеваемости. Прежде всего это касается показателей заболеваемости опухолями тех локализаций, лечение которых включает интенсивное использование ДЛТ. К таковым относят рак молочной железы (в структуре оказания радиотерапевтической помощи доля таких пациентов составляет 23,3%), рак предстательной железы (19,9%), рак женских половых органов (8,7%), рак легкого (7,3%) и рак головы и шеи (6,8%) [3, 4, 7].

Целью нашей работы явилась оценка оптимальной потребности региона в радиотерапевтической помощи пациентам с наиболее часто выявляемыми опухолями, проведение текущего и перспективного планирования использования методов ДЛТ в медицинских организациях области, направленных на повышение доступности ДЛТ для пациентов, эффективности использования трудовых и финансовых ресурсов региона.

### Материалы и методы

Для анализа количественных показателей, характеризующих заболеваемость и применение ДЛТ у пациентов в учреждениях здравоохранения Московской области в 2016—2017 гг., использованы материалы Канцер-регистра, ежегодных статистических отчетов показателей здоровья населения и работы медицинских организаций Московской области [1, 2].

### Результаты исследования

В 2017 г. в Московской области впервые в жизни выявлено 27 513 случаев ЗНО: 11 723 у мужчин и 15 790 у женщин. Темп прироста данного показателя по сравнению с 2016 г. составил 2%. Выявленные в 2017 г. ЗНО впервые зарегистрированы у пациентов, количество которых в 2017 г. уменьшилось по сравнению с 2016 г. (24 711 и 25 343 соответственно) за счет улучшения учета первично-множественных ЗНО. Доля первично-множественных ЗНО среди всех первичных опухолей, выявленных в 2017 г., составила 5,9%, в 2016 г. — 2,2%. Доля больных с первично-множественными опухолями среди состоящих на учете с диагнозом ЗНО в 2017 г. также увеличилась и составила 4,5% ( $n = 9511$ ), в 2016 г. — 1,5% ( $n = 3129$ ), в 2015 г. — 1% ( $n = 2064$ ), в 2011 г. — 0,3% ( $n = 608$ ).

Показатель заболеваемости ЗНО в Московской области в 2017 г. составил 370,6 на 100 тыс. населения, что на 1,3% выше уровня 2016 г. и ниже средних значений по ЦФО и РФ.

Расчет минимальной потребности в радиотерапевтической помощи (количество аппаратов ДЛТ) проводился по следующим опухолевым локализациям: рак молочной железы, рак легкого, рак предстательной железы, рак матки, рак головы и шеи и рак прямой кишки. Далее на основании данных литера-

Здоровье и общество

туры о минимальной кратности использования ДЛТ у пациентов с указанными опухолевыми локализациями, а также с учетом показателя оптимального числа курсов лечения на 1 аппарат ДЛТ (450 курсов лечения на 1 аппарат ДЛТ в год) производился расчет минимальной региональной потребности в аппаратах ДЛТ по следующей формуле:

$$ДЛТ_{\text{шт}} = n / 450,$$

где  $n$  — минимальное количество пациентов с впервые выявленной опухолевой патологией (с указанными локализациями), которым была показана ДЛТ.

По данным областного Канцер-регистра, в 2017 г. в Московской области взяты на учет 24 711 пациентов с впервые выявленным раком (без учета базальноклеточного рака кожи). По данным конъюнктурного отчета главного внештатного радиотерапевта области, в том же году в радиотерапевтических учреждениях здравоохранения ДЛТ проведена 3655 пациентам, что составляет 16,7% всех пациентов с впервые выявленной опухолевой патологией. Из того же источника известно, что в 2017 г. в радиотерапевтических учреждениях Московской области функционировали 9 аппаратов ДЛТ (из них три ЛИНАК). В результате деления числа пациентов ( $n = 3655$ ) на число аппаратов ДЛТ ( $n = 9$ ) получаем, что в учреждениях здравоохранения МО в 2017 г. на каждом аппарате ДЛТ было проведено лечение в среднем 406 пациентам. Минимальную потребность в радиотерапевтической помощи рассчитывали на основании анализа онкологической заболеваемости (областной Канцер-регистр) наиболее часто диагностируемых опухолевых локализаций в 2017 г. Так, в 2017 г. в Московской области выявлено 3611 новых случаев рака молочной железы (см. таблицу). При впервые выявленном случае в зависимости от стадии заболевания и характера хирургического вмешательства ДЛТ назначают 49—68% пациентов. В расчетах мы ориентировались на минимальную кратность использования ДЛТ при данной патологии, равную 50% общего количества пациентов, что составило в нашем случае 1806 пациентов.

Суммируя данные о минимальной кратности использования ДЛТ у пациентов с вышеуказанной впервые выявленной опухолевой патологией, мы установили, что в 2017 г. 4245 пациентам применялась

ДЛТ. Подставляя полученное значение в числитель указанной выше формулы, получаем:  $4245/450=9,4$  аппарата ДЛТ.

Таким образом, минимальная потребность в аппаратах ДЛТ только для проведения лечения пациентам с впервые выявленной наиболее часто диагностируемой опухолевой патологией, по данным 2017 г., в Московской области составила 9,4 аппарата ДЛТ.

Считается, что оптимальный объем радиотерапевтической помощи должен составлять не менее 50% общего количества впервые выявленных опухолей. В нашем случае число таких пациентов по результатам заболеваемости в 2017 г. (24 711 пациентов) в Московской области должно быть не ниже 12 355. В этом случае оптимальное число аппаратов ДЛТ для пациентов в медицинских организациях должно составлять 27.

Существуют международные требования по нормам эксплуатации радиотерапевтического оборудования. Так, считается оптимальным проведение ДЛТ 450 пациентам в год на одном ЛИНАК. Однако на практике в европейских странах на 1 аппарате ДЛТ в год проводится 262—1061 курс ДЛТ [6], причем в более экономически развитых странах региона число таких курсов значительно меньше — 185,2 [11]. Имеются существенные региональные различия и по таким характеристикам ДЛТ, как использование IMRT (25—69% от общего количества ЛИНАК) или IGRT (менее половины ЛИНАК) [10, 11]. Многие авторы отмечают также кадровый дефицит в радиотерапевтических учреждениях по всему миру [8, 12].

Считается, что оказание радиотерапевтической помощи населению региона на оптимальном уровне возможно только при увеличении числа ЛИНАК каждые 10 лет на 24%. Основанием для таких выводов является рост заболеваемости каждые 5 и 10 лет. Важнейшим фактором, который следует учитывать при планировании региональной инфраструктуры радиотерапевтической службы, являются не только уровень онкологической заболеваемости и ее структура, но и динамика данного показателя среди населения конкретного территориального образования и доступность для пациентов оборудования для ДЛТ в медицинских организациях соседних регионов.

### Заключение

В результате исследования по итогам заболеваемости в Московской области в 2017 г. установлено, что если оказание радиотерапевтической помощи всем нуждающимся жителям планируется только в медицинских организациях региона, следует иметь для лечения пациентов с онкологической патологией 27 аппаратов ДЛТ.

С этой целью правительством Московской области дополнительно открыт современный онкордиологический центр ядерной медицины в Балашихе, а в ближайшее время такие центры ядерной медицины будут открыты на базе медицинских организаций в Подольске, Коломне и Клину. Там будет выполняться точная диагностика опухолей с помо-

**Минимальная кратность использования ДЛТ при наиболее часто диагностируемой опухолевой патологии в Московской области в 2017 г.**

Локализация опухоли	Число пациентов с впервые выявленной патологией	Минимальная кратность использования ДЛТ, %	Количество пациентов, нуждающихся в ДЛТ
Рак молочной железы	3611	50	1806
Рак легкого	1961	40	784
Рак предстательной железы	1666	30	500
Рак прямой кишки	1314	35	460
Рак матки	919	40	368
Рак головы и шеи	563	60	337
Всего...	4 245		

щью методов позитронно-эмиссионной томографии, сцинтиграфии, магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии. Будут доступны современные методики ЛТ (радиотерапии) и методы высокоточного облучения опухолей (радиохирургия, брахитерапия). Некоторые из этих центров открываются на основе государственно-частного партнерства.

Ежегодно в стенах только одного центра за счет средств ОМС будут получать лечение более 2400 человек, планируется выполнять 14 500 диагностических исследований. При выходе всех онкорadiологических центров на проектную мощность это полностью удовлетворит потребность в высокотехнологичном лечении онкологических больных не только Подмосковского региона, но и других территорий РФ.

Проводимая таким образом работа позволит обеспечить реализацию нового порядка проведения диспансеризации, когда каждый человек 1 раз в 2 года сможет проходить скрининг, обследование на самые распространенные виды онкологических заболеваний.

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

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Основные показатели состояния здоровья населения Московской области в 2015—2017 гг. М.: ГБУЗ МОНИКИ; 2017.
2. Итоги работы системы здравоохранения Московской области в 2017 г. и задачи на 2018 г. Красногорск; 2018.
3. Гуров А. Н., Балканов А. С., Катунцева Н. А., Огнева Е. Ю. Анализ онкозаболеваемости и смертности населения Московской области за 2014 год. *Альманах клинической медицины*. 2015;(4):6—11.
4. Балканов А. С., Гуров А. Н., Катунцева Н. А. Основные направления совершенствования медицинской помощи больным раком молочной железы в Московской области. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2016;24(4):350—4.
5. Barton M. B., Delaney G. P. A decade of investment in radiotherapy in New South Wales: why does the gap between optimal and actual persist? *J. Med. Imaging Radiat Oncol.* 2011;55(4):433—41. doi: 10.1111/j.1754-9485.2011.02292.x
6. Rodríguez A., Borrás J. M., López-Torrecilla J., Algara M., Palacios-Eito A., Gómez-Caamaño A., Olay L., Lara P. C. Demand for radiotherapy in Spain. *Clin. Transl. Oncol.* 2017;19(2):204—10. doi: 10.1007/s12094-016-1525-x
7. Mineikytė R., Janulionis E., Atkočius V., Jaruševičius L., Plieskienė A., Gečas J. The changes of radiotherapy in Lithuania: infrastructure, utilization rate, and cost. *Acta. Med. Litu.* 2017;23(1):17—23. doi: 10.6001/actamedica.v23i1.3266
8. Reinfuss M., Byrski E., Malickib J. Radiotherapy facilities, equipment, and staffing in Poland: 2005—2011. *Rep. Pract. Oncol. Radiother.* 2013;18(3):159—72. doi: 10.1016/j.rpor.2013.01.002
9. Healy B. J., van der Merwe D., Christaki K. E., Meghzifene A. Cobalt-60 Machines and Medical Linear Accelerators: Competing Technologies for External Beam Radiotherapy. *Clin. Oncol. (R. Coll. Radiol.)*. 2017;29(2):110—5. doi: 10.1016/j.clon.2016.11.002
10. Zubizarreta E., Van Dyk J., Lievens Y. Analysis of Global Radiotherapy Needs and Costs by Geographic Region and Income Level. *Clin. Oncol.* 2017;29(2):84—92. doi: 10.1016/j.clon.2016.11.011
11. Numasaki H., Nishio M., Ikeda H., Sekiguchi K., Kamikonya N., Koizumi M., Tago M., Ando Y., Tsukamoto N., Terahara A., Nakamura K., Nishimura T., Murakami M., Takahashi M., Teshima T. Japanese structure survey of radiation oncology in 2009 with special reference to designated cancer care hospitals. *Int. J. Clin. Oncol.* 2013;18(5):775—83. doi: 10.1007/s10147-012-0468-7
12. Datta N. R., Khan S., Marder D., Zwahlen D., Bodis S. Radiotherapy infrastructure and human resources in Switzerland: Present status and projected computations for 2020. *Strahlenther. Onkol.* 2016;192(9):599—608. doi: 10.1007/s00066-016-1022-8

Поступила 31.08.2018

Принята в печать 20.09.2018

#### REFERENCES

1. The main health indicators of the Moscow region in 2015—2017. [*Osnovnye pokazateli sosnoyaniya zdorov'ya naseleniya Moskovskoi oblasti v 2015—2017 g.*]. Moscow: GBUZ MONICA; 2017 (in Russian).
2. The results of the health care system of the Moscow region in 2017 and tasks for 2018. [*Itogi raboty sistemy zdrovookhraneniya v Moskovskoi oblasti v 2017 g. i zadachi na 2018 g.*]. Krasnogorsk; 2018 (in Russian).
3. Gurov A. N., Balkans A. S., Katuntseva N. A., Ogneva E. Y. Analysis of cancer incidence and mortality in the Moscow region in 2014. *Almanah Klinicheskoi mediciny*. 2015;(4):6—11 (in Russian).
4. Balkanov A. S., Gurov, A. N., Katuntseva N. A., Ogneva E. Yu. The main directions of improving medical care for patients with breast cancer in the Moscow region. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdrovokhraneniya I istorii meditsiny*. 2016;24(4):350—4 (in Russian).
5. Barton M. B., Delaney G. P. A decade of investment in radiotherapy in New South Wales: why does the gap between optimal and actual persist? *J. Med. Imaging Radiat Oncol.* 2011;55(4):433—41. doi: 10.1111/j.1754-9485.2011.02292.x
6. Rodríguez A., Borrás J. M., López-Torrecilla J., Algara M., Palacios-Eito A., Gómez-Caamaño A., Olay L., Lara P. C. Demand for radiotherapy in Spain. *Clin. Transl. Oncol.* 2017;19(2):204—10. doi: 10.1007/s12094-016-1525-x
7. Mineikytė R., Janulionis E., Atkočius V., Jaruševičius L., Plieskienė A., Gečas J. The changes of radiotherapy in Lithuania: infrastructure, utilization rate, and cost. *Acta. Med. Litu.* 2017;23(1):17—23. doi: 10.6001/actamedica.v23i1.3266
8. Reinfuss M., Byrski E., Malickib J. Radiotherapy facilities, equipment, and staffing in Poland: 2005—2011. *Rep. Pract. Oncol. Radiother.* 2013;18(3):159—72. doi: 10.1016/j.rpor.2013.01.002
9. Healy B. J., van der Merwe D., Christaki K. E., Meghzifene A. Cobalt-60 Machines and Medical Linear Accelerators: Competing Technologies for External Beam Radiotherapy. *Clin. Oncol. (R. Coll. Radiol.)*. 2017;29(2):110—5. doi: 10.1016/j.clon.2016.11.002
10. Zubizarreta E., Van Dyk J., Lievens Y. Analysis of Global Radiotherapy Needs and Costs by Geographic Region and Income Level. *Clin. Oncol.* 2017;29(2):84—92. doi: 10.1016/j.clon.2016.11.011
11. Numasaki H., Nishio M., Ikeda H., Sekiguchi K., Kamikonya N., Koizumi M., Tago M., Ando Y., Tsukamoto N., Terahara A., Nakamura K., Nishimura T., Murakami M., Takahashi M., Teshima T. Japanese structure survey of radiation oncology in 2009 with special reference to designated cancer care hospitals. *Int. J. Clin. Oncol.* 2013;18(5):775—83. doi: 10.1007/s10147-012-0468-7
12. Datta N. R., Khan S., Marder D., Zwahlen D., Bodis S. Radiotherapy infrastructure and human resources in Switzerland: Present status and projected computations for 2020. *Strahlenther. Onkol.* 2016;192(9):599—608. doi: 10.1007/s00066-016-1022-8

Гудинова Ж. В., Усачева Е. В., Бережной К. О.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ И ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, 644099, г. Омск

Изучена заболеваемость инфарктом миокарда в Российской Федерации, Сибирском федеральном округе и Омской области РФ. Заболеваемость острым инфарктом миокарда в Омской области в 2014 г. составила 175,6 случая на 100 тыс. населения, что в 1,4 раза выше, чем в Сибирском федеральном округе и в России, а заболеваемость повторным инфарктом миокарда — 56,9 случая на 100 тыс. населения. За 13-летний период уровень заболеваемости острым инфарктом миокарда в России снизился на 12%, в Сибирском федеральном округе — на 10%, в Омской области — на 25%. Заболеваемость повторным инфарктом миокарда в России повысилась на 17%, в Сибирском федеральном округе — на 32%, в Омской области — на 68%. Повышение заболеваемости повторным инфарктом миокарда привело к увеличению доли повторных инфарктов миокарда в России в 1,3 раза, в Сибирском федеральном округе — в 1,4 раза, в Омской области — в 1,8 раза. Высокая заболеваемость инфарктом миокарда в Омской области определяется высокими социальными и экономическими потерями в регионе. Перед региональным здравоохранением стоит задача оптимизации мероприятий по достижению общероссийского уровня заболеваемости инфарктом миокарда.

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** эпидемиология; заболеваемость населения; ишемическая болезнь сердца; острый инфаркт миокарда; повторный инфаркт миокарда; Россия; регион.

**Для цитирования:** Гудинова Ж. В., Усачева Е. В., Бережной К. О. Заболеваемость инфарктом миокарда в Российской Федерации, Сибирском федеральном округе и Омской области. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):397—400. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-397-400>

**Для корреспонденции:** Усачева Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней. e-mail: [ElenaV.Usacheva@yandex.ru](mailto:ElenaV.Usacheva@yandex.ru).

Gudinova J. V., Usacheva E. V., Berejnoj K. O.

## THE MORBIDITY OF MYOCARDIUM INFARCTION IN THE RUSSIAN FEDERATION, THE SIBERIAN FEDERAL DISTRICT AND THE OMSK REGION

The State Budget Educational Institution of Higher Professional Education «The Omsk State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, 644099, Omsk, Russia

The study was organized to analyze myocardium infarction morbidity in the Russian Federation, the Siberian Federal District and the Omsk Region of the Russian Federation. In the Omsk Region, in 2014 myocardium infarction morbidity amounted to 175.6 cases per 100 000 of population that is 1.4 times higher than in the Siberian Federal District and in the Russian Federation. The morbidity of recurrent myocardium infarction amounted to 56.9 cases per 100 000 of population. During thirteenth years period, in Russia, level of acute myocardium infarction morbidity decreased up to 12%, in the Siberian Federal District up to 10% and in the Omsk Region up to 25%. The morbidity of recurrent myocardium infarction in Russia increased up to 32%, in the Omsk Region up to 68%. The increasing of morbidity of recurrent myocardium infarction in Russia resulted in increasing of percentage of recurrent myocardium infarction up to 1.3 times, in the Siberian Federal District up to 1.4 times and in the Omsk Region up to 1.8 times. The high myocardium infarction morbidity in the Omsk Region is determined by high social and economic losses in the Region. The Regional health care has an important task of optimization of activities targeted to achievement of the all-Russian level of myocardium infarction morbidity.

**К е у о р д с :** epidemiology; population morbidity; ischemic heart disease; acute myocardium infarction; recurrent myocardium infarction; Russia; region.

**For citation:** Gudinova J. V., Usacheva E. V., Berejnoj K. O. The morbidity of myocardium infarction in the Russian Federation, the Siberian Federal District and the Omsk Region. *Problemy socialnoi gigieni, zdavoookhraneniya i istorii meditsini*. 2018; 26(6):397—400 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-397-400>

**For correspondence:** Usacheva E. V., candidate of medical sciences, associate professor of the Chair of Propaedeutics of Internal Diseases of the State Budget Educational Institution of Higher Professional Education «The Omsk State Medical University». e-mail: [ElenaV.Usacheva@yandex.ru](mailto:ElenaV.Usacheva@yandex.ru).

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

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

Received 28.02.2017  
Accepted 20.09.2018

Ведущую роль среди причин заболеваемости и смертности вследствие болезней системы кровообращения играет ишемическая болезнь сердца (ИБС) [1]. В большинстве европейских стран уровень смертности от ИБС за последнее десятилетие снизился. Однако в силу разных по содержанию и качеству мероприятий по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) между странами значительно увеличилось неравенство в бремени этих заболеваний [2].

Особого внимания заслуживает проблема заболеваемости инфарктом миокарда, который входит в число ведущих причин смертности и инвалидизации и обуславливает высокие экономические потери, снижает качество жизни пациентов с ИБС [3, 4]. По зарубежным и отечественным данным, после перенесенного инфаркта миокарда в течение первого года болезни каждый десятый больной умирает, у 32—40% пациентов развивается повторный инфаркт миокарда и до 50% пациентов становятся нетрудоспособными.

способными. Повторный инфаркт миокарда в течение последующих 5 лет развивается у 80% пациентов [5].

Прогноз при повторном инфаркте миокарда тяжелее, чем при остром, ввиду более частого развития сердечной недостаточности и нарушений сердечного ритма [5]. Летальность пациентов с повторным инфарктом миокарда выше, чем при остром. В РФ с 2000 по 2011 г. зарегистрировано увеличение смертности от повторного инфаркта миокарда на 34% [6—8]. Высокая летальность при остром инфаркте миокарда свидетельствует о недостаточной эффективности оказанной медицинской помощи, отсутствии необходимых объемов тромболитической терапии, недостаточном объеме выполнения современных инвазивных вмешательств, недостаточном использовании современных лекарственных препаратов. Повторный инфаркт миокарда свидетельствует о несостоятельности диспансерного наблюдения, низкой приверженности пациентов лечению, несоблюдении ими врачебных рекомендаций по коррекции факторов сердечно-сосудистого риска [5].

Повторный инфаркт миокарда в большинстве случаев можно предотвратить. Острый инфаркт миокарда в 50% случаев развивается внезапно, без предшествующей симптоматики [7, 9]. Пациент, перенесший инфаркт миокарда, осведомлен о своем заболевании и риске его повторения при несоблюдении принципов кардиоваскулярной профилактики [10]. Повторный инфаркт миокарда чаще приводит к инвалидизации, временной и стойкой утрате трудоспособности, высокой летальности. Поэтому необходимо анализировать динамику заболеваемости повторным инфарктом миокарда. По некоторым данным, в общей структуре инфарктов миокарда доля повторного в 1996 г. составляла 29,9%, в 2000 г. — уже 35,6%.

Российская Федерация отличается от других стран значительными межрегиональными различиями уровня заболеваемости ИБС и инфарктом миокарда в силу климатических, социальных, экономических и медико-организационных особенностей [11—14].

Цель исследования — анализ динамики заболеваемости острым и повторным инфарктом миокарда в РФ, Сибирском федеральном округе (СФО) и Омской области за 2002—2014 гг.

### Материалы и методы

Использованы первичные материалы единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС)<sup>1</sup> Федеральной службы статистики, данные Федеральной службы государственной статистики (Росстат) за 2002—2014 гг.<sup>2</sup> Заболеваемость инфарктом миокарда проанализирована по показателю «зарегистрировано больных: взрослые (с диагнозом, установленным впервые в жизни)

в расчете на 100 тыс. населения» в РФ, СФО и Омской области. Оценивалась заболеваемость острым и повторным инфарктом миокарда, проанализирована доля повторного инфаркта в структуре заболеваемости инфарктом миокарда.

Анализ данных проводился на базе программы Microsoft Excel. Для статистической обработки использованы методы вычисления интенсивных показателей, анализ временных рядов. Статистическая обработка баз данных проводилась на основании методики анализа медико-демографических и социально-экономических показателей.

### Результаты исследования

Установлены тенденции динамики заболеваемости инфарктом миокарда в РФ, СФО и в Омской области.

*Острый инфаркт миокарда.* С 2002 по 2014 г. в РФ и в СФО зарегистрировано снижение уровня заболеваемости острым инфарктом миокарда: на 11,7 и 10,1% соответственно.

В РФ заболеваемость острым инфарктом миокарда составляла в 2002 г. 146,4, а в 2014 г. — 129,3 случая на 100 тыс. взрослого населения. В СФО — 137,1 и 123,2 случая на 100 тыс. взрослого населения соответственно.

В Омской области заболеваемость острым инфарктом миокарда была значительно выше, чем в РФ и СФО, и колебалась от 148,5 в 2002 г. до 220 случаев в 2014 г. на 100 тыс. взрослого населения, при этом средняя хронологическая составила 171,3 случая на 100 тыс. взрослого населения, что в 1,2 и 1,3 раза выше, чем в РФ и СФО, соответственно. В Омской области с 2002 по 2010 г. произошло снижение показателя заболеваемости острым инфарктом миокарда на 33%, с 2011 по 2014 г. он возрос на 20%. В РФ и СФО такая динамика отсутствовала.

*Повторный инфаркт миокарда.* На фоне снижения уровня заболеваемости острым инфарктом миокарда в РФ и СФО в Омской области наблюдался рост уровня заболеваемости повторным инфарктом миокарда.

Заболеваемость повторным инфарктом миокарда за 2002—2014 гг. в РФ увеличилась на 16,7% (с 21,5 случая в 2002 г. до 25,1 случая в 2014 г. на 100 тыс. взрослого населения), в СФО — на 32% (с 18,1 случая до 23,9 случая на 100 тыс. взрослого населения), в Омской области — на 68,3% (с 33,8 случая до 56,9 случая на 100 тыс. населения). В Омской области в 2002—2014 гг. заболеваемость повторным инфарктом миокарда была значительно выше, чем в РФ и

<sup>1</sup> Единая межведомственная информационно-статистическая система [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.fedstat.ru/indicators/start> (дата обращения: 20.04.2016).

<sup>2</sup> Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение в России [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1139919134734](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1139919134734) (дата обращения: 20.04.2016); Заболеваемость населения России (статистические материалы) 2000—2011. Москва: Департамент развития медицинской помощи и курортного дела ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России; 2013 [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc\\_1139919134734](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1139919134734) (дата обращения: 20.03.2016).

## Здоровье и общество

СФО. По сравнению с данными по РФ, заболеваемость повторным инфарктом миокарда в Омской области в 2002 г. была выше в 1,6 раза, а в 2014 г. — в 2,3 раза. Самый высокий уровень заболеваемости повторным инфарктом миокарда в Омской области зарегистрирован в 2013 г.: 59,8 случая на 100 тыс. населения, что в 2,2 раза выше, чем в СФО и РФ.

Средние хронологические показатели заболеваемости повторным инфарктом миокарда за анализируемый период составили по РФ 22,7 случая, в СФО — 22,4 случая, в Омской области — 45,6 случая на 100 тыс. взрослого населения. При сохранении существующей тенденции в РФ, СФО и Омской области следует ожидать повышения уровня заболеваемости повторным инфарктом миокарда.

Анализ показал, что в структуре заболеваемости инфарктом миокарда доля повторного инфаркта миокарда возросла в РФ с 12,8 до 16,3%, в СФО — с 11,7 до 16,2%, в Омской области — с 13,3 до 24,5% за 2002 и 2014 гг. соответственно.

Доля повторного инфаркта миокарда в структуре заболеваемости инфарктом миокарда в Омской области была выше, чем в целом по РФ и СФО.

С 2011 по 2013 г. уровень заболеваемости повторным инфарктом миокарда в Омской области снизился с 51,2 случая в 2011 г. до 36,5 случая в 2012 г. и повысился до 59,8 случая на 100 тыс. населения в 2013 г.

### Обсуждение

ИБС и инфаркт миокарда развиваются на протяжении длительного времени. Приостановить процесс и добиться регресса можно только длительным воздействием, направленным на устранение или ослабление действия факторов сердечно-сосудистого риска в рамках комплексных социальных и медицинских мероприятий [1, 3, 11]. С 2008 г. в РФ функционируют региональные сосудистые центры и отделения, которые могут внести определенный вклад в снижение заболеваемости острым инфарктом миокарда по РФ в целом и в СФО [4, 5].

### Заключение

Омская область — регион, в котором заболеваемость острым и повторным инфарктом миокарда с 2002 по 2014 г. была значительно выше, чем в СФО и РФ. Намечившаяся в 2000-х годах в Омской области положительная динамика в 2010 г. остановилась, а с 2013 г. зарегистрировано новое повышение заболеваемости острым инфарктом миокарда. Наблюдался рост заболеваемости повторным инфарктом миокарда. Заболеваемость повторным инфарктом миокарда в 2002 г. в Омской области была в 1,6 раза выше, чем в РФ, в 2014 г. — уже в 2,3 раза выше. В ближайшие годы в Омской области можно предположить дальнейшее повышение уровня заболеваемости острым и повторным инфарктом миокарда.

В силу высоких показателей заболеваемости инфаркт миокарда является экономическим бременем. Омская область как регион, в котором наиболее высоки показатели заболеваемости инфарктом миокарда, нуждается в глубоком анализе оказания

специализированной организации медицинской помощи и ее качества на всех уровнях организации, выявлении проблем, разработке мероприятий по их решению, включая разработку региональных программ повышения качества медицинской помощи пациентам, перенесшим инфаркт миокарда, и системы персонализированного мониторинга показателей долгосрочного диспансерного наблюдения пациентов с ИБС.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Шальнова С. А., Конради А. О., Карпов Ю. А., Концевая А. В., Деев А. Д., Капустина А. В. 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;5(97):6—11.
2. The European health report 2015. Targets and beyond — Reaching new frontiers in evidence. Highlights. Available at: [http://go-veg.ru/Books/EHR\\_High\\_RU\\_WEB.pdf](http://go-veg.ru/Books/EHR_High_RU_WEB.pdf).
3. Титов В. Н. Филогенетическая теория общей патологии. Этиология и патогенез «метаболических пандемий, болезней цивилизации». *Журнал научных статей. Здоровье и образование в XXI веке*. 2015;17(2):14.
4. Соболева С. В., Смирнова Н. Е., Чудаева О. В. Здоровье населения Сибири: риски и их измерители. *Регион: Экономика и Социология*. 2010; 2: 223—41.
5. Негмаджонов У. У., Куимов А. Д. Повторные инфаркты миокарда: факторы риска, клиника, лечение. Медицина и образование в Сибири. 2011; 6: 6. Available at: <http://cyberleninka.ru/article/n/povtornye-infarkty-mokarda-factory-riska-klinika-lechenie>.
6. Ощепкова Е. В., Ефремова Ю. Е., Карпов Ю. А. Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда в Российской Федерации в 2000—2011 гг. *Терапевтический архив*. 2013;85(4):4—10.
7. Щербаков Д. В. Проблемы оценки организационных технологий оказания специализированной медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья*. 2015;(1):208—11.
8. Thygesen K., Alpert J. S., Jaffe A. S., Simoons M. L., Chaitman B. R., White H. D. Third universal definition of myocardial infarction. Available at: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/33/20/2551.full.pdf>. doi: 10.1093/eurheartj/ehs184
9. Ощепкова Е. В., Дмитриев В. А., Гриднев В. И., Довгалецкий П. Я. Оценка организации медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST в динамике за 2009 и 2010 гг. в субъектах Российской Федерации, реализующих сосудистую программу (по данным Российского регистра ОКС). *Терапевтический архив*. 2012;84(1):23—9.
10. Царик Г. Н., Корбанова Т. Н. Инновационная модель медицинской реабилитации на примере кардиологической службы Кузбасса. *Современные проблемы науки и образования*. 2014;(6):1198.
11. Яковлева Т. В., Баранов А. А., Иванова А. А., Альбицкий В. Ю. Организационные принципы и технологии профилактики XXI века. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(6):3—9.
12. Щепин В. О., Дьячкова А. С. Сроки ожидания амбулаторно-поликлинической помощи как показатель ее доступности. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(4):23—6.
13. Стрельченко О. В. (ред.). Основные показатели здоровья населения и здравоохранения СФО в 2014 году. Сборник статистических и аналитических материалов. Вып. 14. Новосибирск: ООО «Сибирское университетское издательство»; 2015.
14. Калашников К. Н., Ласточкина М. А., Дуганов М. Д. Особенности заболеваемости и смертности населения Вологодской области от сердечно-сосудистых заболеваний. *Гуманитарные научные исследования*. 2015;1(41):16—23.

## REFERENCES

1. Shalnova S. A., Konradi A. O., Karpov Yu. A., Kontsevaya A. V., Deev A. D., Kapustina A. V. Cardiovascular mortality in 12 Russian Federation regions — participants of the “Cardiovascular Disease Epidemiology in Russian Regions” study. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal*. 2012;5(97):6—11 (in Russian).
2. The European health report 2015. Targets and beyond — Reaching new frontiers in evidence. Highlights). Available at: [http://go-veg.ru/Books/EHR\\_High\\_RU\\_WEB.pdf](http://go-veg.ru/Books/EHR_High_RU_WEB.pdf)
3. Titov V. N. Phylogenetic theory of general pathology. the etiology and pathogenesis of «metabolic pandemics, diseases of civilization» *Zhurnal nauchnykh statey. Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke*. 2015;17(2):14 (in Russian).
4. Soboleva S. V., Smirnova N. Ye., Chudaeva O. V. Health risks and how to measure them. *Region: Ekonomika i Sotsiologiya*. 2010;2:223—41 (in Russian).
5. Negmadzhonov U. U., Kuimov A. D. Miocardial reinfarctions: risk factors, clinic, treatment. *Medicina i obrazovanie v Sibiri*. 2011;(6):6. Available at: <http://cyberleninka.ru/article/n/povtornye-infarkty-mokarda-factory-riska-klinika-lechenie> (in Russian).
6. Oshchepkova E. V., Efremova Iu.E., Karpov Iu.A. Myocardial infarction morbidity and mortality in the Russian Federation in 2000—2011. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2013;85(4):4—10 (in Russian).
7. Scherbakov D. V. Problems in the evaluation of organizational technologies of specialized health care delivery to patients with circulatory system diseases. *Rossiyskaya akademiya meditsinskikh nauk. Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya*. 2015;(1):208—11 (in Russian).
8. Thygesen K., Alpert J. S., Jaffe A. S., Simoons M. L., Chaitman B. R., White H. D. Third universal definition of myocardial infarction. Available at: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/ehj/33/20/2551.full.pdf>. doi: 10.1093/eurheartj/ehs184
9. Oshchepkova E. V., Dmitriev V. A., Gridnev V. I., Dovgalevsky P. Ya. Assessment of the quality of medical assistance for patients with acute ST elevation coronary syndrome for 2009—2010 in regions of the Russian Federation participating in the «vascular program» (by the data of the Russian ACS Register). *Terapevticheskiy arkhiv*. 2012;84(1):23—9 (in Russian).
10. Tsarik G. N., Korbanova T. N. Innovative model of medical rehabilitation on the example of the cardiology service. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*. 2014;(6):1198 (in Russian).
11. Iakovleva T. V., Baranov A. A., Ivanova A. A., Albitskii V. Yu. The organizational principles and technologies of prevention of the XXI century. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2014;(6):3—9 (in Russian).
12. Schepin V. O., Diyatchkova A. S. The waiting periods of ambulatory polyclinic care as indicator of its accessibility. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2014;(4):23—6 (in Russian).
13. Strel'chenko O. V. (ed.). Basic health indicators and health SFD 2014. *Sbornik statisticheskikh i analiticheskikh materialov*. Vyp. 14. Novosibirsk: OOO «Sibirskoe universitetskoe izdatel'stvo»; 2015 (in Russian).
14. Kalashnikov K. N., Lastochkina M. A., Duganov M. D. Features of incidence and cardiovascular diseases mortality of the population of the Vologda region. *Gumanitarnyye nauchnyye issledovaniya*. 2015;1(41):16—23 (in Russian).



Успенская И. В., Манухина Е. В., Юрина С. В.

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ПЕРВИЧНАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова» Минздрава России, 390026, г. Рязань;  
<sup>2</sup>Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области, 390026, г. Рязань.

*В статье представлена динамика объемов и стоимости первичной стоматологической помощи населению, с учетом структуры стоматологической заболеваемости за 2012—2016 гг. Определение тенденций формирования стоматологической заболеваемости, динамики обращаемости населения за первичной стоматологической помощью необходимо для обеспечения доступности медицинской помощи и рационального распределения ресурсов, в том числе финансовых, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* первичная стоматологическая помощь; стоматологическая заболеваемость; территориальная программа обязательного медицинского страхования.

*Для цитирования:* Успенская И. В., Манухина Е. В., Юрина С. В. Стоматологическая заболеваемость и первичная стоматологическая помощь населению. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018; 26(6):401—405. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-401-405>

*Для корреспонденции:* Манухина Елена Васильевна, канд. мед. наук, директор ТФОМС Рязанской области, e-mail: [manuxina.ev@tfoms-rzn.ru](mailto:manuxina.ev@tfoms-rzn.ru)

Uspenskaya I. V., Manukhina E. V., Yurina S. V.

## THE STOMATOLOGICAL MORBIDITY AND PRIMARY STOMATOLOGICAL CARE TO POPULATION

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Academician I. P. Pavlov Ryazan State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, 390026, Ryazan, Russia;

<sup>2</sup>The Territorial Foundation of Mandatory Medical Insurance of the Ryazan Region, 390026, Ryazan, Russia

*The article presents dynamics of volumes and costs of primary stomatological care of population considering structure of stomatological morbidity in 2012—2016. The establishment of trends of development of stomatological morbidity, dynamics of population appealability for primary stomatological care is needed for supporting accessibility of medical care and rational distribution of resources including financial ones within the framework of territorial program of mandatory medical insurance.*

*К е у о r d s:* primary stomatological care; stomatological morbidity; territorial program of mandatory medical insurance.

*For citation:* Uspenskaya I. V., Manukhina E. V., Yurina S. V. The stomatological morbidity and primary stomatological care to population. Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini. 2018; 26(6):401—405 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-401-405>

*For correspondence:* Manukhina E. V., candidate of medical sciences, the Director of the Territorial Foundation of Mandatory Medical Insurance of the Ryazan oblast. e-mail: [manuxina.ev@tfoms-rzn.ru](mailto:manuxina.ev@tfoms-rzn.ru)

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

*Acknowledgment.* The study had no sponsor support

Received 14.08.2018

Accepted 20.09.2018

Первичная стоматологическая помощь, оказываемая в амбулаторных условиях (ПСП<sub>ау</sub>), является неотъемлемой частью наиболее массовой и широко востребованной населением первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Согласно ежегодным постановлениям Правительства Российской Федерации о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — Программа государственных гарантий)<sup>1,2</sup>, оказание и оплата ПСП<sub>ау</sub> осуществляются в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС),

<sup>1</sup>Постановление Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

<sup>2</sup>Постановление Правительства Рязанской области от 29.12.2016 № 334 «Об утверждении «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

так как заболевания зубов и полости рта в соответствии с МКБ-10 относятся к болезням органов пищеварения [1, 2].

В целях обеспечения доступности и качества ПСП<sub>ау</sub> на региональном уровне следует выявлять уровень, структуру и тенденции стоматологической заболеваемости, определяющей потребность населения в данном виде (профиле) медицинской помощи и определять особенности оказания и финансового обеспечения ПСП<sub>ау</sub> на региональном уровне.

Актуальность проблемы определяется особенностями программно-целевого подхода к формированию и реализации Программы государственных гарантий, согласно которому необходимо достаточное ресурсное обеспечение для выполнения утвержденных показателей доступности и качества медицинской помощи, в том числе доступности и качества ПСП<sub>ау</sub><sup>3</sup> [3, 4].

Отсутствие у субъектов Федерации грамотного бюджетного планирования необходимых ресурсов

здравоохранения приводит к тому, что минимальные государственные гарантии оказания медицинской помощи, в том числе по базовой программе ОМС, ежегодно выполняются не в полном объеме [5, 6].

Задачей научного исследования стало выявление динамики объемов и стоимости оказанной населению ПСП<sub>ay</sub> с учетом сложившейся в регионе структуры стоматологической заболеваемости за 2012—2016 гг. Вследствие этого целесообразно определение тенденций формирования структуры стоматологической заболеваемости, динамики обращаемости населения за ПСП<sub>ay</sub> в целях обеспечения доступности ПСП<sub>ay</sub>, путем грамотного планирования, нормирования, учета, рационального распределения ресурсов, в рамках территориальной программы ОМС.

### Материалы и методы

Изучение структуры и уровня стоматологической заболеваемости проводилось в рамках комплексной научно-исследовательской работы по теме «Научные аспекты совершенствования порядка оказания и оплаты первичной стоматологической помощи в системе обязательного медицинского страхования» на основе рекомендаций по проведению социологических, медико-статистических и социально-гигиенических исследований [7, 8].

Изучение стоматологической заболеваемости проводилось по данным медицинских осмотров, обращений по поводу заболевания, посещений с профилактической и иной целью. Определялись показатели стоматологической заболеваемости, накопленной стоматологической заболеваемости. Под стоматологической заболеваемостью понимали медико-статистический показатель, являющийся одним из критериев оценки стоматологического здоровья населения, определяющий число стоматологических заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на территории района обслуживания. Под накопленной стоматологической заболеваемостью понимался медико-статистический показатель, определяющий совокупность всех заболеваний, зарегистрированных в течение последнего года длительного (3 года) периода наблюдений и в предшествующие годы, по поводу которых могло и не быть обращений в текущем году.

Накопленная стоматологическая заболеваемость определялась по формуле:

$$Z_{ms} = (K/N) \times 1000, \quad (1)$$

где  $Z_{ms}$  — накопленная стоматологическая заболеваемость,  $K$  — количество случаев заболеваний, выявленных в течение жизни при обращении в медицинские организации, оказывающие ПСП<sub>ay</sub>,  $N$  — среднегодовая численность населения.

В качестве исходных данных для анализа оказанной населению региона ПСП<sub>ay</sub> были использованы

<sup>3</sup> Приказ Министерства здравоохранения Рязанской области от 08.04.2016 № 645 «О мерах по повышению доступности оказания первичной медико-санитарной помощи населению». Режим доступа: <http://base.garant.ru/46106780/>

результаты мониторинга выполнения территориальных программ ОМС медицинскими организациями Рязанской области, оказывающими населению ПСП<sub>ay</sub>, данные реестров пролеченных больных, прилагаемые к счетам, выставляемым медицинскими организациями на оплату в страховые медицинские организации (СМО), а также данные официальных отчетных форм: системы ОМС — № 14-МЕД (ОМС) «Сведения о работе медицинских организаций в сфере ОМС», Минздрава РФ — № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2012—2016 гг.<sup>4,5</sup>

В связи с тем что в 2012 г. при планировании и учете ПМСП не учитывались отдельно такие единицы объема, как «обращения по поводу заболевания», объем последних в части ПСП<sub>ay</sub>, был рассчитан по формуле:

$$K_{OpP3} = (OKP - KPPЦ) / 2,9, \quad (2)$$

где  $K_{OpP3}$  — количество обращений по поводу заболеваний,  $OKP$  — общее количество посещений за 2012 г.,  $KPPЦ$  — количество посещений с профилактической целью, 2,9 — среднее количество посещений (кратность посещений) в одном обращении по поводу заболевания<sup>6</sup>.

### Результаты исследования

Утвержденная в Рязанской области территориальная программа ОМС в части объемов и стоимости ПСП<sub>ay</sub> на 2012—2016 гг. полностью соответствовала базовой программе ОМС — неотъемлемой составляющей территориальной Программы государственных гарантий. Дополнительных средств из бюджета субъекта РФ на повышение финансового обеспечения или на дополнительные объемы медицинской помощи не выделялось.

Объемы фактически оказанной населению ПСП<sub>ay</sub> оценивались по количеству посещений с профилактической и иной<sup>7</sup> целью, посещений в неотложной форме и обращений по поводу заболевания. В целом за изученный период выявлено снижение объемов ПСП<sub>ay</sub>, оказанной по территориальной программе ОМС ( $p \leq 0,5$ ), что в том числе связано с развитием частных, негосударственных стоматологических поликлиник, привлекающих население высокоэффективными лечебно-диагностическими технологиями, вежливым отношением к пациенту и отсутствием очередей.

<sup>4</sup> Приказ Росстата от 17.04.2014 № 258 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования».

<sup>5</sup> Приказ Росстата от 27.12.2016 № 866 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

<sup>6</sup> Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленные совместным письмом от 22.12.2016 Министерства здравоохранения Российской Федерации (№ 11—8/10/2—8266) и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (№ 12578/26/и).

<sup>7</sup> Под иной целью в том числе понимаются однократные посещения по поводу заболевания.

## Здоровье и общество

У населения появилась возможность выбора врачей и медицинских организаций, конкуренция между которыми способствует повышению качества и доступности ПСП<sub>ay</sub> для населения, в том числе на возмездной основе [6].

Однако в связи с расширением частного сектора объективно затруднено определение показателей стоматологической заболеваемости, так как отсутствует централизованная система статической отчетности по данному профилю медицинской помощи, поскольку законодательством не предусмотрена статистическая отчетность частных медицинских организаций, не принимающих участие в выполнении Программы государственных гарантий.

В то же время, согласно разъяснениям Министерства здравоохранения РФ, планирование территориальных программ государственных гарантий и территориальных программ ОМС в разрезе видов, условий и форм оказания медицинской помощи, т. е. планирование объемов и стоимости медицинской помощи, должно осуществляться «...с учетом этапов оказания медицинской помощи, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей регионов, уровня и структуры заболеваемости...», в том числе *уровня и структуры стоматологической заболеваемости* [2].

Затруднения в определении уровня и структуры стоматологической заболеваемости связаны как с отсутствием в составе сводной отчетности — статической отчетности частных организаций, так и с другими факторами: отсутствием единых подходов к определению такого показателя, как «обращение по поводу заболевания», «посещение с профилактической и иной целью», «визит».

В ходе исследования выявлены существенные ежегодные колебания объемов ПСП<sub>ay</sub>, оказанной населению Рязанской области, в части посещений с профилактической и иной целью и обращений по поводу заболевания, что связано с изменениями требований к учету ПСП<sub>ay</sub>.

В последнее время актуальна тема соответствия статистических данных отчетных форм, утверждаемых Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом ОМС, тем более что в последних отражаются объемы оказанной и оплаченной из средств ОМС медицинской помощи. Однако данное сопоставление в ряде случаев невозможно. Так, согласно правилам формирования ф. № 30 «Сведения о медицинской организации», под *обращением* понимается одно или несколько посещений пациента, в результате которых цель обращения была достигнута, т. е. обращение — это законченный случай при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе при оказании ПСП<sub>ay</sub>.

Иной подход к формированию статистической отчетности в системе ОМС (ф. № 14-МЕД (ОМС), № 62): обращение по поводу заболевания должно включать не менее двух посещений. В связи с этим, например, обращение больного по поводу кариеса

(лечение одного зуба за одно посещение, таковых ≈100%) вынужденно включается не в *обращения по заболеванию*, а в *посещения с профилактической и иной целью*, при этом проводятся лечебные, но не профилактические мероприятия.

Под посещениями «с иной целью» в учете системы ОМС, если к ним относятся случаи излечения больного от недуга, понимаются *законченные случаи лечения*, т. е. *обращения по поводу заболевания с кратностью посещений, равной 1*.

*Посещения с профилактической и иной целью* присутствуют и в форме № 30 (таблицах 2105, 2700 и 2710), куда относятся состояния, классифицируемые в XXI классе МКБ-10 (коды по МКБ-10 — Z00-Z99).

В «иные цели» при оказании ПСП<sub>ay</sub> включаются, согласно таблице 2105 ф. № 30, и подлежат учету *посещения с профилактической и иной целью*, в том числе с целью медицинского осмотра, диспансеризации, комплексного медицинского осмотра, паллиативной помощи, патронажа и прочие. Относятся ли сюда «посещения по поводу заболевания»?

Как правильно учитывать и кодировать посещения, обращения и обеспечивать достоверность статистических данных, если в различных отчетных формах применяются различные подходы к учету?

Так, не представляется возможным провести сравнительный анализ данных количества посещений врачей-стоматологов, работы стоматологических (зубоврачебных) кабинетов на основании данных ф. № 30, поскольку ежегодно изменялись требования к заполнению соответствующих таблиц медицинскими организациями, оказывающими ПСП<sub>ay</sub>.

Ежегодно вводятся новые понятия без необходимости разъяснений. Так, в письме Федерального фонда ОМС от 25.01.2018 № 938/26—2/и в дополнение к «Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС» введено понятие «*визит пациента*» [4]. Однако нет разъяснения по применению данного термина и разграничения по определениям: «*визит пациента к врачу-стоматологу (зубному врачу)*» или «*визит пациента в медицинскую организацию?*»

При учете ПСП<sub>ay</sub> используют следующие единицы объема медицинской помощи: посещение с профилактической и иной целью, посещение при оказании неотложной медицинской помощи, обращение по поводу заболевания, случай лечения и визит пациента.

Для учета *случаев лечения* в стоматологии обязательно используется правило: один *визит* пациента является одним *посещением*. За один визит в медицинскую организацию пациент может посетить двух специалистов (например, лечение кариеса у терапевта и удаление зуба у хирурга). Возникает вопрос, учитывать это как одно посещение или два за один визит в медицинскую организацию.

Кроме того, особенностью оказания ПСП<sub>ay</sub> является возможность излечения 2—3 зубов (различные нозологии) за один визит пациента к врачу-стоматологу. В этом случае в рамках одного посещения должны ли учитываться два случая лечения (два об-

ращения по заболеванию)? В результате важным вопросом становится, как в данном случае можно трактовать кратность *посещений* в рамках одного *обращения по заболеванию*, например по аналогии с прочей соматикой, и следует говорить о двух обращениях по заболеванию, в рамках одного *посещения* или одного *визита пациента* (помним, что под *визитом* понимается одно *посещение*) [4].

В отсутствие единого понятийного аппарата, детальных инструкций и единых подходов к учету выполненных объемов ПСП<sub>ay</sub>, отражаемых в отчетности здравоохранения и системы ОМС, врач-стоматолог (врач-статистик) либо вынужден вести параллельно двойной учет (кодирование) *посещений, обращений, случаев* и др. (в системе ОМС еще и УЕТ<sup>8</sup>), либо не вести его вовсе.

В целях обеспечения единообразия в подходах, оптимизации учета ПСП<sub>ay</sub>, а также для получения достоверных показателей стоматологической заболеваемости, необходимо «навести порядок» в понятийном аппарате, установить четкие правила в определении учетных единиц ПСП<sub>ay</sub>, единые для всех участников процесса оказания и оплаты данного вида (профиля) медицинской помощи, что желательно осуществить на федеральном, но возможно сделать и на региональном уровне.

Не столь актуален в практическом здравоохранении вопрос об учете объемов ПСП<sub>ay</sub>, выраженных в посещениях, обращениях и случаях лечения в системе ОМС, являющейся основным источником финансирования. Это связано с тем, что ПСП<sub>ay</sub> оплачивается в рамках территориальной программы ОМС (за исключением не вошедших частных стоматологических организаций), где нормирование и оплата осуществляются не за количество *посещений, обращений* или *случаев лечения*, а за выполненные УЕТ [9].

В рамках данного исследования становится возможным прогнозировать быструю оптимизацию статистического учета объемов оказанной ПСП<sub>ay</sub> при изменении способа ее оплаты например, при переходе от УЕТ к способу оплаты «за посещение» и (или) «за обращение по поводу заболевания». Тем более, что еще с 2010 г. утратил силу приказ Минздрава СССР от 25.01.1988 № 50<sup>9</sup> о системе учета труда врачей стоматологического профиля по УЕТ. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 12.11.2009 № 893, отменившим учет трудозатрат врачей-стоматологов (зубных врачей) по УЕТ, не предложено что-либо взамен.

В системе ОМС успешно осуществляется учет и оплата ПСП<sub>ay</sub> по принципу «за количество УЕТ», которое складывается из услуг, кодируемых и предъявляемых к оплате в соответствии с «Классификатором основных стоматологических услуг по оказанию

первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)» (далее — Классификатор) [1]. Каких-либо несоответствий в учете и оплате ПСП<sub>ay</sub> по УЕТ в системе ОМС нами не было выявлено, и количество УЕТ в реестрах пролеченных больных, прилагаемых к счетам на оплату ПСП<sub>ay</sub> (сумма реестра = сумма счета), соответствует отчетным данным ф. № 14-МЕД (ОМС) в части УЕТ.

В целях выявления структуры и уровня стоматологической заболеваемости по обращаемости за медицинской помощью и с учетом медицинских осмотров дополнительно изучены годовые отчеты по форме № 039—2/у-88 «Сводная ведомость учета работы врача-стоматолога»<sup>10</sup> за 2012—2016 гг., позволяющие оценить количество *случаев лечения* (1 вылеченный зуб = 1 случай лечения, независимо от кратности *посещений* в рамках этого случая лечения) в разрезе трех основных форм стоматологической патологии: кариес, болезни пульпы и периапикальных тканей, болезни тканей пародонта.

Структура заболеваемости определялась с использованием указанных отчетных форм с учетом *случаев лечения* (пролеченных зубов), независимо от кратности *посещений* в одном случае лечения. Количество *случаев оказания ПСП<sub>ay</sub>* по поводу кариеса было принято за единицу, так как практически в 100% случаев при кариесе излечение одного зуба осуществлялось за одно посещение. При этом количество *посещений* (кратность) в расчете на один случай лечения болезней пульпы и периапикальных тканей и болезней тканей пародонта более чем в 2 раза превышало такой показатель по кариесу.

В структуре стоматологической заболеваемости преобладали кариес (K02 — K02.9), болезни пульпы и периапикальных тканей (K04 — K04.9), а также болезни тканей пародонта (K05 — K05.6). С 2012 г. наблюдается достоверное ( $p < 0,01$ ) снижение заболеваемости кариесом, с 2014 г. — болезней пульпы и периапикальных тканей в структуре накопленной стоматологической заболеваемости.

Наиболее показательной для оценки заболеваемости является накопленная стоматологическая заболеваемость, структура которой определялась при группировке за периоды 2012—2014 гг., 2013—2015 гг., 2014—2016 гг. Уровень накопленной стоматологической заболеваемости снизился на 7,66% и составил 928,99 на 1 тыс. человек<sup>11</sup> за 2014—2016 гг. (1006,09 за 2012—2014 гг., 943,87 за 2013—2015 гг.).

Устойчивая тенденция к снижению показателя наблюдается по кариесу: на 7,49% за 2013—2015 гг. и на 2,3% за 2014—2016 гг. Одновременно отмечается постепенное уменьшение болезней пульпы и периапикальных тканей: на 4,39% за 2013—2015 гг. и еще на 1,05% за 2014—2016 гг. Число болезней тканей па-

<sup>8</sup> УЕТ — условные единицы трудоемкости.

<sup>9</sup> Приказ Минздрава СССР от 25.01.1988 № 50 «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема».

<sup>10</sup> Форма утверждена приказом Минздрава СССР от 25.01.1988 № 50, утратившим силу в связи с изданием приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.11.2009 № 893.

<sup>11</sup> От средней численности населения за указанные периоды.

Здоровье и общество

родонта снизилось на 5,79% по сравнению с 2012—2014 гг.

### Заключение

По результатам исследования, проведенного в период 2012—2016 гг. в Рязанской области, выявлена сильная прямая связь между изучаемыми явлениями ( $p < 0,001$ ): чем выше охват населения стоматологическим обследованием (количество посещений с профилактической целью), тем выше уровень стоматологической патологии (количество случаев лечения); чем больше случаев оказания ПСП<sub>ау</sub>, тем больший объем УЕТ выставлен в СМО на оплату в разрезе основных форм стоматологической патологии.

Исследование позволило также определить тенденции изменения структуры стоматологической патологии, установить динамику стоматологической заболеваемости, накопленной стоматологической заболеваемости. Выявлена положительная тенденция повышения уровня финансового обеспечения ПСП<sub>ау</sub> по территориальной программе ОМС (территориальной программе государственных гарантий) в Рязанской области в 2012—2016 гг. Даны рекомендации по обеспечению единообразия в подходах и направлениях совершенствования учета объемов ПСП<sub>ау</sub> на федеральном и региональном уровнях и на уровне медицинской организации.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. МКБ-10 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://mkb10.su/>
2. Письмо Минздрава РФ от 23.12.2016 № 11—7/10/2—8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов». Режим доступа: <http://base.garant.ru/71585238/>
3. Обухова О. В., Кадыров Ф. Н. Эффективные способы оплаты медицинской помощи в свете программы государственных гарантий. *Менеджер здравоохранения*. 2013;(11):6—13.
4. Письмо Федерального фонда ОМС от 25.01.2018 № 938/26—2/и. Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71784056/>
5. Одинцова В. В. Использование программно-целевого метода планирования и управления при решении приоритетных задач здравоохранения. М.; 2008.
6. Пирогов М. В. Стоматологическая помощь в рамках госгарантий: быть или не быть? *Здравоохранение*. 2014;(10):20—6.
7. Сепетлиев Д. Статистические методы в научных медицинских исследованиях. М.: Медицина; 1968.
8. Белицкая Е. Я. (ред.). Учебное пособие по медицинской статистике (для студентов санитарно-гигиенических факультетов). М.; 1972.
9. Успенская И. В., Юрина С. В. Порядок оплаты первичной стоматологической медицинской помощи в системе ОМС. *Экономист лечебного учреждения*. 2016;(1):47—50.

Поступила 14.08.2018  
Принята в печать 20.09.2018

### REFERENCES

1. ISD-10 [МКБ-10]. Electron. resource. Access mode: <http://mkb10.su/>
2. Letter No. 11—7/10/2—8304 of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 23, 2016 «On the formation and economic justification of the territorial program of state guarantees for free medical assistance to citizens for 2017 and for the planning period 2018 and 2019». [*Pis'mo Minzdrava RF ot 23.12.2016 № 11—7/10/2—8304 «O formirovanii i jekonomicheskom obosnovanii territorial'noj programmy gosudarstvennyh garantij besplatnogo okazaniya grazhdanam medicinskoj pomoshhi na 2017 god i na planovyy period 2018 i 2019 godov»*]. Access mode: <http://base.garant.ru/71585238/> (in Russian).
3. Obuhova O. V., Kadyrov F. N. Effective payment methods of medical care in the light of the program of the state guarantees. *Menedzher zdravoohranenija*. 2013;(11):6—13 (in Russian).
4. Letter of the Federal Fund of CHI of 25.01.2018 No. 938 / 26—2 / and [*Pis'mo Federal'nogo fonda OMS ot 25.01.2018 № 938/26—2/i*]. Access mode: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71784056/> (in Russian).
5. Odincova V. V. Use of a program and target method of planning and management at the solution of priority problems of health care [Is-pol'zovanie programmno-celevogo metoda planirovanija i upravlenija pri reshenii prioritetnyh zadach zdravoohranenija] Moscow: 2008 (in Russian).
6. Pirogov M. V. The dental help within state guarantees: to be or not to be? *Zdravoohranenie*. 2014;(10):20—6 (in Russian).
7. Sepetliev D. Statistical methods in a scientific medical research. [*Statisticheskie metody v nauchnyh medicinskih issledovaniyah*]. Moscow: Medicina; 1968 (in Russian).
8. Belickaya E. Ja. (ed.). The manual on medical statistics (for students of sanitary and hygienic faculties). [*Uchebnoe posobie po medicinskoj statistike (dlja studentov sanitarno-gigienicheskikh fakul'tetov)*]. Moscow; 1972 (in Russian).
9. Uspenskaja I. V. Procedure for payment of primary dental medical care in the compulsory health insurance system. *Jekonomist lechebnogo uchrezhdenija*. 2016;(1):47—50 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2018  
УДК 614.253.82:616-006.363.03/64.011.222+613.6+616-084

Феофилова М. А.<sup>1</sup>, Павлов О. Г.<sup>2</sup>, Геймерлинг В. Э.<sup>2</sup>

## ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ВРЕДНОСТЕЙ НА РАЗВИТИЕ МИОМЫ МАТКИ

<sup>1</sup>ГУЗ «Тульская областная станция переливания крови» Минздрава России, 300012, г. Тула;  
<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет» Минобразования России, 300012, г. Тула

Выполнено проспективное наблюдение женщин с миомой матки, находившихся на оперативном лечении в гинекологическом отделении Тульской областной клинической больницы в течение 2011—2012 гг., и штатных женщин-доноров отделения трансфузиологии данного медицинского учреждения в качестве группы сравнения. Установлено, что контингент женщин с миомой матки имеет комплекс предрасполагающих медико-социальных факторов риска в виде сниженной двигательной активности, финансовой необеспеченности, повышенной стрессорной нагрузки, наличия ограничений и худшего качества питания, увеличенного приема жидкости, несоблюдения режима труда и отдыха при пассивном характере более продолжительного дневного отдыха, некоторых производственных вредностей. Достоверно установлено неблагоприятное влияние на развитие миомы матки вынужденного положения тела, достаточно вероятно — воздействия электромагнитного излучения и психоэмоционального перенапряжения. По данным компонентного анализа, возможная комплексная профилактика миомы матки представлена высоким уровнем умственного напряжения во время трудовой деятельности, соблюдением режима труда и отдыха, длительным дневным отдыхом, регулярным употреблением фруктов, кисломолочных продуктов, наличием качественных предпочтений в рационе продуктов питания, регулярными занятиями физической культурой, частыми пешими прогулками на свежем воздухе.

Выявленные особенности образа жизни и производственных вредностей у женщин с миомой матки свидетельствуют об их патогенетической вовлеченности в развитие заболевания и возможности их использования в разработке программ индивидуальной профилактики.

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** миома матки; образ жизни; производственные вредности; многомерная статистика.

**Для цитирования:** Феофилова М. А., Павлов О. Г., Геймерлинг В. Э. Влияние образа жизни и производственных вредностей на развитие миомы матки. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018; 26(6):406—410. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-406-410>

**Для корреспонденции:** Феофилова Мария Андреевна, зав. отделением заготовки крови № 2 ГУЗ «Тульская областная станция переливания крови», e-mail: [masha\\_feofilova@mail.ru](mailto:masha_feofilova@mail.ru)

Feofilova M. A.<sup>1</sup>, Pavlov O. G.<sup>2</sup>, Geimerling V. E.<sup>2</sup>

## THE EFFECT OF LIFE-STYLE AND OCCUPATIONAL HAZARDS ON DEVELOPMENT OF HYSTEROMYOMA

<sup>1</sup>The State Health Care Institution «The Tula Oblast Station of Blood Transfusion» of the Ministry of Health of Russia, 300012, Tula, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Tula State University» of Minobrazovanie of Russia, 300012, Tula, Russia

The prospective observation of women with uterus myoma being on operative treatment in gynecological department of the Tula oblast clinical hospital during 2011—2012 was implemented. The regular female donors of the department of transfusiology of the given medical institution were used as the comparison group.

It is established that female contingent with uterus myoma has a complex of such predisposing medical social risk factors as lower motion activity, financial neediness, increased stress load, diet of lower quality and its limitations, increased liquid intake, inobservance of work and rest regime, with passive character of longer day rest, certain occupational hazards. The unfavorable effect of forced body position, electromagnetic radiation and psycho-emotional over-strain on development of uterus myoma is reliably established. According data of component analysis, possible complex prevention of uterus myoma is presented by higher level of intellectual strain during working activities, maintenance of work and rest regime, long-term day rest, regular intake of fruits and cultured milk food, availability of quality preferences in diet, regular exercises, frequent foot walks at clean air.

The established characteristics of life-style and occupational hazards in women with uterus myoma testify their pathogenic involvement in development of disease and availability of opportunities of their usage in development of programs of individual prevention.

**К e y w o r d s:** uterus myoma; life-style; occupational hazards; multivariate statistics.

**For citation:** Feofilova M.A., Pavlov O. G., Geimerling V. E. The effect of life-style and occupational hazards on development of hysterosmyoma. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018;26(6):406—410 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-406-410>

**For correspondence:** Feofilova M.A., the head of the Department of blood purveyance № 2 of the State Health Care Institution «The Tula Oblast Station of Blood Transfusion». e-mail: [masha\\_feofilova@mail.ru](mailto:masha_feofilova@mail.ru)

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

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

Received 11.02.2018  
Accepted 26.04.2018

В условиях ухудшения состояния здоровья населения страны и демографического спада рождаемости проблемы охраны репродуктивного здоровья в Российской Федерации приобретают особую социальную значимость [1—3].

К наиболее часто встречаемой патологии репродуктивной системы женщины относится миома матки, распространенность которой, по данным отечественных и зарубежных авторов, достигает 30% среди женщин репродуктивного возраста и составляет

## Здоровье и общество

30—35% контингента гинекологических больных [4—7]. Ранее отмечалась максимальная заболеваемость миомой со средней выявляемостью патологии в 32,8 года и выставлением показаний к хирургическому лечению пациенток в 44,4 года [8, 9]. В настоящее время возникла тенденция к омоложению заболевания, объясняемая исследователями качественными улучшениями диагностики, увеличением объема оперативных методов диагностики и лечения у женщин и ростом числа инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов [4—6].

В доступной литературе последних лет недостаточно работ по комплексному влиянию медико-социальных факторов у женщин с миомой матки [10], и системные исследования данного вопроса могут способствовать разработке эффективной профилактики возникновения заболевания [11].

Целью настоящего исследования стало изучение влияния факторов образа жизни и производственных вредностей на развитие миомы матки.

### Материалы и методы

В выборочную совокупность включены 98 женщин в возрасте 30—62 лет, госпитализированных в гинекологическое отделение ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница» по поводу миомы матки в 2011—2012 гг. (основная группа), и 97 штатных женщин-доноров отделения трансфузиологии указанного учреждения в возрасте 18—61 года (контрольная группа). Женщинам основной группы проводились органосохраняющие оперативные вмешательства (лечебно-диагностическое выскабливание полости матки, энуклеация узлов) и радикальные операции (ампутация и экстирпация матки). Контрольная группа состояла из здоровых женщин и формировалась по мере обращения доноров для сдачи крови в период исследования [12].

Выборку женщин производили сплошным методом, однократно после получения добровольного информированного согласия на участие в исследовании. Проведение исследования одобрено Комитетом по биоэтике.

Характеристики образа жизни респондентов основывались на заполнении ими (или исследователем) модифицированной анкеты [11, 13], которая включала несколько блоков вопросов:

1. Основные характеристики профессиональной деятельности и отдыха, финансовой обеспеченности женщин.
2. Различные аспекты питания обследуемых.
3. Удовлетворенность жизнью и психоэмоциональный климат в семье.
4. Вредные привычки женщин, медицинская активность и стремление к сохранению здоровья.
5. Параметры контакта респондентов с неблагоприятными профессиональными и средовыми воздействиями в течение жизни.

Статистическая обработка предусматривала установление достоверных различий между группами обследуемых по всем изучаемым признакам. Для выявления закономерностей сочетанного влияния

факторов образа жизни и производственных вредностей на развитие миомы матки в работе использован метод главных компонент. Материал обработан с помощью прикладных статистических программ Statgraphics 3.0 и Statistica 6.0.

### Результаты исследования

Значительные различия между представителями групп наблюдались по интенсивности и физическим усилиям в трудовой деятельности обследуемых женщин. Так, значительная доля женщин основной группы указали на высокую интенсивность и большие физические усилия в трудовой деятельности (по  $66,3 \pm 4,8\%$ ) при сравнительно сниженных указаниях на средние и низкие параметры процесса труда. В группе контроля отмечалось значительное преобладание доли женщин со средней интенсивностью ( $48,42 \pm 5,15\%$ ;  $p < 0,001$ ) и средними физическими усилиями ( $53,68 \pm 5,14\%$ ;  $p < 0,001$ ) при существенно более низком по сравнению с опытной группой удельном весе высоких ( $47,37 \pm 5,15\%$ ;  $p < 0,01$  и  $37,89 \pm 5,00\%$ ;  $p < 0,001$  соответственно) и низких ( $4,21 \pm 2,07\%$ ;  $p < 0,01$  и  $8,42 \pm 2,86\%$ ;  $p < 0,05$  соответственно) характеристик трудовой деятельности.

Большое количество женщин в обеих группах не соблюдают режим труда и отдыха (опыт —  $19,39 \pm 4,01\%$ , контроль —  $16,49 \pm 3,79\%$ ;  $p > 0,05$ ) или делают это редко ( $18,37 \pm 3,93\%$  и  $12,37 \pm 3,36\%$  соответственно;  $p > 0,05$ ). Причем если  $45,92 \pm 5,06\%$  обследуемых опытной группы следуют соблюдению режима труда и отдыха нерегулярно (контроль —  $20,62 \pm 4,13\%$ ;  $p < 0,001$ ), то указанное стремление респондентов в зависимости от обстоятельств имеет обратное соотношение:  $14,29 \pm 3,55\%$  женщин в опытной и  $46,39 \pm 5,09\%$  в контрольной группе ( $p < 0,001$ ). Постоянно старались соблюдать режим труда и отдыха только  $2,04 \pm 1,44\%$  женщин опытной и  $4,12 \pm 2,03\%$  контрольной группы ( $p > 0,05$ ).

Из активных видов отдыха были изучены, на наш взгляд, самые доступные и наиболее показательные: занятия физической культурой и пешие прогулки на свежем воздухе. Учитывая традиционно высокую занятость женщин работами по дому,  $69,4 \pm 4,68\%$  в опытной и  $59,80 \pm 5,0\%$  в контрольной группе практически не занимались оздоровляющими физическими упражнениями ( $p > 0,05$ ). Периодичность занятий физической культурой 1 раз в неделю подтвердили  $18,4 \pm 3,93\%$  женщин с миомой (в контроле —  $11,3 \pm 3,23\%$ ;  $p > 0,05$ ), тогда как регулярными занятиями физической культурой 2—3 раза в неделю занимались  $28,9 \pm 4,63\%$  женщин-доноров против  $12,22 \pm 3,33\%$  женщин с миомой ( $p < 0,01$ ). Однако максимальной выраженности статистически достоверные различия достигают при изучении пеших прогулок на свежем воздухе: ежедневные и частые (2—3 раза в неделю) прогулки совершают  $40,21 \pm 5\%$  женщин контрольной группы и  $21,4 \pm 4,16\%$  ( $p < 0,01$ ) опытной. Нечастые (1 раз в неделю) и крайне редкие (1 раз в месяц и реже) пешие прогулки на улице значительно более характерны для женщин опытной группы ( $38,8 \pm 4,95\%$ ;  $p < 0,001$  и  $16,3 \pm 3,75\%$ ;  $p < 0,05$  со-

ответственно), чем для женщин-доноров ( $11,34 \pm 3,24\%$  и  $6,19 \pm 2,46\%$  соответственно).

Распределение времени дневного отдыха свидетельствует о его большей краткосрочности среди женщин-доноров: не отдыхают днем  $8,25 \pm 2,81\%$  ( $p < 0,05$ ), отдыхают до 2 ч в день  $5,15 \pm 2,26\%$  ( $p < 0,05$ ), отдыхают 2—4 ч в день  $7,22 \pm 2,64\%$  женщин ( $p < 0,05$ ), тогда как в опытной группе указанные показатели имели нулевое значение ( $0,0 \pm 1,02\%$ ). С увеличением времени дневного отдыха возрастал удельный вес женщин с миомой матки по сравнению с контролем: 4—6 ч в день включительно —  $13,4 \pm 3,48\%$  и  $10,31 \pm 3,1\%$  соответственно ( $p > 0,05$ ); более 6—8 ч в день —  $48,5 \pm 5,1\%$  и  $41,24 \pm 5,02\%$  соответственно ( $p > 0,05$ ), 8—10 ч в день —  $38,1 \pm 4,96\%$  и  $24,74 \pm 4,4\%$  респондентов соответственно ( $p < 0,05$ ). Дневной отдых более 10 ч зарегистрирован в единичных случаях только в группе контроля ( $3,09 \pm 1,77\%$ ;  $p > 0,05$ ). Указанная тенденция подтверждается на 1,24 ч большей средней продолжительностью дневного отдыха обследуемых: женщины с миомой —  $8,06 \pm 0,13$  ч, женщины-доноры —  $6,82 \pm 0,31$  ч ( $p < 0,001$ ).

Обследуемые опытной ( $59,18 \pm 4,99\%$ ) и контрольной ( $51,58 \pm 5,15\%$ ) групп испытывают периодические финансовые затруднения ( $p > 0,05$ ) при почти одинаковом уровне женщин, постоянно нуждающихся в финансовых средствах ( $2,04 \pm 1,44\%$  и  $4,21 \pm 2,07\%$  соответственно;  $p > 0,05$ ). Среди женщин с миомой достоверно преобладают респонденты с частыми финансовыми затруднениями ( $25,51 \pm 4,43\%$ ;  $p < 0,05$ ) и значительно ниже удельный вес не испытывающих недостатка в финансовых средствах ( $13,27 \pm 3,44\%$ ;  $p < 0,01$ ) по сравнению с контролем ( $12,63 \pm 3,43\%$  и  $31,58 \pm 4,79\%$  соответственно).

Стрессовые ситуации за последние 6 мес редко возникали у большинства обследуемых опытной ( $51,02 \pm 5,08\%$ ) и контрольной ( $44,21 \pm 5,12\%$ ;  $p > 0,05$ ) групп. Частые стрессовые ситуации за последние 6 мес указали в анкете несколько больше женщин с миомой ( $39,80 \pm 4,97\%$ ;  $p > 0,05$ ), чем женщин-доноров ( $27,37 \pm 4,6\%$ ), при одинаковом низком удельном весе постоянных стрессовых состояний респондентов ( $3,06 \pm 1,75\%$  и  $3,16 \pm 1,8\%$  соответственно;  $p > 0,05$ ). Вместе с тем практическое отсутствие стрессовых ситуаций за последние 6 мес зарегистрировано у значительно меньшей доли женщин с миомой ( $6,12 \pm 2,43\%$ ;  $p < 0,001$ ), чем у женщин-доноров ( $25,26 \pm 4,48\%$ ).

В большинстве семей опытной ( $80,61 \pm 4,01\%$ ) и контрольной ( $68,42 \pm 4,79\%$ ;  $p > 0,05$ ) групп отмечались редкие внутрисемейные конфликты. Периодические и частые семейные конфликты обнаружены у сопоставимо одинакового количества респондентов опытной и контрольной групп ( $13,27 \pm 3,44\%$  и  $9,47 \pm 3,02\%$ ;  $1,02 \pm 1,02\%$  и  $3,16 \pm 1,80\%$  соответственно;  $p > 0,05$ ). Однако семейные конфликты практически не возникали у существенно меньшей доли женщин опытной группы ( $5,10 \pm 2,23\%$ ) по сравнению с контролем ( $18,95 \pm 4,04\%$ ;  $p < 0,01$ ).

Не выявлено достоверных различий в частоте возникновения у респондентов ощущения неудов-

летворенности жизнью и плохого настроения: отсутствовали указанные ощущения у  $20,40 \pm 4,09\%$  женщин с миомой и у  $24,21 \pm 4,42\%$  женщин-доноров, редко они отмечались у  $52 \pm 5,07\%$  и  $44,21 \pm 5,12\%$ , периодически возникали у  $27,6 \pm 4,54\%$  и  $26,32 \pm 4,54\%$  обследуемых соответственно ( $p > 0,05$ ). Частые и постоянные фрустрационные состояния выявлены в единичных случаях только среди женщин контрольной группы ( $4 \pm 2,02\%$  и  $1,05 \pm 1,05\%$  случаев соответственно;  $p > 0,05$ ).

Практически не испытывает вынужденных ограничений в питании в 5 раз меньшая доля женщин с миомой по сравнению с контрольной группой, тогда как редкие ограничения в питании наблюдаются при обратном соотношении ( $70,41 \pm 4,63\%$  против  $23,71 \pm 4,34\%$  соответственно;  $p < 0,001$ ). Отсутствие соблюдения режима питания установлено у  $22,45 \pm 4,24\%$  респондентов опытной и  $28,87 \pm 4,63\%$  контрольной группы ( $p > 0,05$ ). Редко соблюдали режим питания  $22,45 \pm 4,24\%$  женщин основной и  $17,53 \pm 3,88\%$  контрольной группы, нерегулярно —  $36,73 \pm 4,89\%$  и  $25,77 \pm 4,46\%$ , постоянно старались соблюдать —  $11,22 \pm 3,20\%$  и  $8,25 \pm 2,81\%$  женщин соответственно ( $p > 0,05$ ). Соблюдали режим питания в зависимости от обстоятельств  $7,14 \pm 2,61\%$  женщин с миомой ( $p < 0,05$ ) (в контроле —  $19,59 \pm 4,05\%$ ). При объединении позиций нерегулярного соблюдения режима питания и режима питания в зависимости от обстоятельств (как неустойчивого соблюдения) показатели обеих групп выравниваются на уровне  $43,87 \pm 5,04\%$  и  $45,36 \pm 5,08\%$  женщин соответственно ( $p > 0,05$ ).

Ежедневное употребление первого блюда имело место у каждой третьей женщины обеих групп:  $35,7 \pm 4,86\%$  в опытной и  $35,05 \pm 4,87\%$  обследуемых в контрольной группе ( $p > 0,05$ ). Более регулярное употребление первого блюда отмечено в контрольной группе по сравнению с опытной: через день —  $44,33 \pm 5,07\%$  и  $32,7 \pm 4,76\%$  ( $p > 0,05$ ), один раз в неделю —  $7,22 \pm 2,64\%$  и  $20,4 \pm 4,09\%$  соответственно ( $p < 0,05$ ). Редкое употребление первого блюда (реже одного раза в неделю) выявлено у  $11,20 \pm 3,2\%$  женщин с миомой и  $13,4 \pm 3,48\%$  женщин-доноров ( $p > 0,05$ ). Ежедневно фрукты в пищевом рационе использовали в 4 раза больше женщин контрольной группы.

Дополнительной важной составляющей рациона питания современного человека является употребление питьевых кисломолочных продуктов, среди которых большинство обследуемых опытной и контрольной группы предпочитали кефир ( $67,35 \pm 4,76\%$  и  $63,92 \pm 4,9\%$  соответственно;  $p > 0,05$ ) и йогурт ( $27,55 \pm 4,54\%$  и  $29,90 \pm 4,67\%$  соответственно;  $p > 0,05$ ). Ряженка в качестве основного питьевого кисломолочного продукта фигурировала у  $5,10 \pm 2,23\%$  и  $5,15 \pm 2,26\%$  обследуемых соответственно ( $p > 0,05$ ). Полный отказ от питьевых кисломолочных продуктов зарегистрирован у одной женщины контрольной группы ( $1,03 \pm 1,03\%$ ;  $p > 0,05$ ). Ежедневное употребление питьевых кисломолочных продуктов установлено у значительно большей доли женщин-доноров



Здоровье и общество

(17,53±3,88%;  $p < 0,05$ ) по сравнению с опытной группой (7,14±2,61%) при одинаковом употреблении таковых 2—3 раза в неделю (58,76±5,02% и 56,12±5,04% соответственно;  $p > 0,05$ ). Вместе с тем наблюдался некоторый перевес редкого употребления кисломолочных питьевых продуктов у женщин с миомой (один раз в неделю — 14,43±3,59%, реже одного раза в неделю — 9,28±2,96%), тогда как в контроле этот показатель составил 23,47±4,3% и 13,27±3,44% соответственно ( $p > 0,05$ ).

Изложенные пищевые предпочтения закономерно нашли отражение в обобщенных особенностях характера питания обследуемых. Так, у существенно большей доли женщин-доноров наблюдалось преобладание в типичном рационе мясных (27,84±4,57%) (в опытной группе — 9,18±2,93%;  $p < 0,001$ ) и молочных (6,19±2,46% и 0±1,01% соответственно;  $p < 0,05$ ) продуктов и продуктов растительного происхождения (13,4±3,48% и 8,16±2,78% соответственно;  $p > 0,05$ ). Отсутствие предпочтений в обычном рационе продуктов питания установлено у 82,65±3,84% ( $p < 0,001$ ) женщин с миомой, в контроле — у 52,58±5,1%.

При исследовании суточного водного рациона установлено, что половина респондентов опытной и контрольной групп выпивают 1,5—2 л жидкости в день (52,04±5,07% и 49,5±5,10% соответственно;  $p > 0,05$ ). Выпивают в день более 2 л жидкости 41,84±5,01% ( $p < 0,05$ ) женщин с миомой и до 1,5 л — 6,12±2,43% респонденток ( $p < 0,001$ ).

Курение в течение жизни полностью отсутствовало почти у всех женщин с миомой (91,67±2,81%;  $p < 0,001$ ), тогда как в контроле — только у 58,76±5,02%. Периодическое и регулярное курение безусловно преобладало среди женщин-доноров (17,53±3,88% и 5,21±2,26%;  $p < 0,01$ , 20,62±4,13% и 3,13±1,77%,  $p < 0,001$  соответственно). От вредной привычки удалось отказаться 3,09±1,77% респонденток контрольной группы, в опытной группе таковые отсутствовали (0,0±1,01%;  $p > 0,05$ ).

Не употребляли алкоголь в течение жизни 27,55±4,54% ( $p < 0,01$ ) женщин с миомой, периодическое его употребляли 70,41±4,63% ( $p < 0,01$ ). В контроле указанные показатели составили 10,31±3,1% и 87,63±3,36% соответственно. В обеих группах зарегистрирован одинаковая доля женщин, регулярно употребляющих алкогольные напитки (2,04±1,44% и 2,06±1,45% соответственно;  $p > 0,05$ ).

В качестве неспецифических вредных средовых факторов нами были рассмотрены определенные внешнесредовые и производственные вредности, которые отсутствовали у большинства женщин в обеих группах. Установлено статистически достоверное преобладание экспозиции изучаемых вредностей длительностью до 4 лет в контрольной группе: контакт с вредными веществами, переохлаждение, вынужденное положение тела, длительная ходьба, психоэмоциональное перенапряжение, контакт с электромагнитным излучением (см. таблицу), тогда как указанные выше позиции при миоме отсутствовали,

Распределение обследуемых женщин по длительности контакта с внешнесредовыми и производственными вредностями ( $p \pm mp$ , в %)

Бытовые и производственные вредности	Контроль		Опыт	
	до 4 лет	более 4 лет	до 4 лет	более 4 лет
Радиоактивное излучение	0,0±1,02	0,0±1,02	0,0±1,01	2,04±1,44
Вредные вещества	10,31±3,10**	10,31±3,10	0,0±1,01**	12,24±3,33
Биологические среды	1,03±1,03	0,0±1,02	0,0±1,01	2,04±1,44
Переохлаждение	6,18±2,46*	7,22±2,64	0,0±1,01*	5,10±2,23
Вынужденное положение тела	8,24±2,81*	6,19±2,46#	2,04±1,44*	23,47±4,30#
Тяжелый физический труд	1,03±1,03	13,40±3,48#	0,0±1,01	0,0±1,01#
Длительная ходьба	6,19±2,46*	0,0±1,02	0,0±1,01*	2,04±1,44
Психоэмоциональное перенапряжение	9,27±2,96**	6,19±2,46	0,0±1,01**	13,27±3,44
Вибрация	2,06±1,45	0,0±1,02	0,0±1,01	3,06±1,75
Высокая влажность	3,09±1,77	2,06±1,45	0,0±1,01	0,0±1,01
Электромагнитное излучение	5,15±2,26*	13,41±3,48	0,0±1,01*	21,43±4,17

Примечание: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , # $p < 0,001$ .

за исключением вынужденного положения тела (2,04±1,44%).

Экспозиция вредных воздействий более 4 лет среди обследуемых опытной и контрольной группы (см. таблицу) наблюдалась на сопоставимо одинаковом уровне по контакту с вредными веществами ( $p > 0,05$ ), переохлаждению ( $p > 0,05$ ), несколько преобладала среди женщин с миомой по психоэмоциональному перенапряжению ( $p > 0,05$ ) и контакту с электромагнитным излучением ( $p > 0,05$ ). Интересным наблюдением явился значительно более высокий удельный вес женщин-доноров с тяжелым физическим трудом длительностью более 4 лет при отсутствии таковых в опытной группе ( $p < 0,001$ ), что дополнительно свидетельствует о возможности протективного эффекта высокой двигательной активности женщин против формирования миомы матки.

Неблагоприятное влияние вынужденного положения тела подтверждается превышением средней длительности показателя у женщин с миомой матки по отношению к группе контроля на 1,18 года (2,08±0,43 года против 0,90±0,31 года;  $p < 0,05$ ).

Изучение результативных признаков при помощи метода главных компонент свидетельствует о том, что первая главная компонента представлена высоким уровнем умственного напряжения во время трудовой деятельности, длительным дневным отдыхом, регулярным употреблением фруктов, кисломолочных продуктов, наличием качественных предпочтений в рационе продуктов питания, регулярными занятиями физической культурой, соблюдением режима труда и отдыха, частыми пешими прогулками на свежем воздухе при отсутствии миомы матки (42,8% дисперсии). Вторая главная компонента включает преимущественный вклад ограничений в питании женщин в наличие миомы матки при умеренных финансовых затруднениях, относительно регулярных стрессовых ситуациях, увеличенном объеме выпиваемой жидкости в день (23,4% дисперсии). Третья главная компонента отражает сочетание высокой продолжительности заболевания мио-

мой матки с продолжительным вынужденным положением тела при профессиональной деятельности и тяжелым физическим трудом обследуемых (18,4% дисперсии).

### Заключение

Контингент женщин с миомой матки имеет комплекс предрасполагающих медико-социальных факторов риска в виде сниженной двигательной активности, финансовой необеспеченности, повышенной стрессорной нагрузки, наличия ограничений и снижения качества питания, увеличенного приема жидкости, несоблюдения режима труда и отдыха при пассивном характере более продолжительного дневного отдыха, некоторых производственных вредностей (достоверно установлено вынужденное положение тела, кандидатно — контакт с электромагнитным излучением и психоэмоциональное перенапряжение).

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Стародубов В. И., Суханова Л. П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. М.: Менеджер здравоохранения; 2012.
2. Щепин О. П., Линденбрaten А. Л. Основные направления обеспечения качества медицинской помощи. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 1998;(3):13—6.
3. Линденбрaten А. Л., Гришина Н. К., Ковалева В. В., Филиппова В. И., Сердюковский С. М., Головина С. М. Анализ эффективности инновационных процессов в условиях реализации государственной программы «Развитие здравоохранения». *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2016;24(6):324—9.
4. Сидорова И. С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). М.: Мединформ. Агентство; 2002.
5. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. *Best Practice Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2008;22(4):571—88.
6. Su W. H., Lee W. L., Cheng M. H. Typical and atypical clinical presentation of uterine myomas. *J. Chinese Medical Association*. 2012;75:487—93.
7. Vines A. I., Ta M., Esserman D. A. The association between self-reported major life events and the presence of uterine fibroids. *Women's Health Issues*. 2010;20: 294—8.
8. Вихляева Е. М., Ходжаева З. С., Фанченко Н. Д. Клинико-генеалогическое изучение семейной предрасположенности к заболеванию миомой матки. *Акушерство и гинекология*. 1998;(2):27—30.
9. Marsh E. E., Ekpo G. E., Cardozo E. R. Racial differences in fibroid prevalence and ultrasound findings in asymptomatic young women (18—30 years old): a pilot study. *Fertility and Sterility*. 2013;99(7):1951—7.
10. Мархабуллина Д. Ш., Хасанов А. А. Влияние медико-биологических факторов и условий труда в производстве резинотехнических изделий на возникновение миомы матки. *Практическая медицина*. 2016; 93(1):106—9.
11. Павлов О. Г. Влияние наследственной предрасположенности к соматопатологии и медико-социальных факторов на течение беременности и исход родов с позиций системного анализа. Курск: Курский гос. технический ун-т; 2006.
12. Фефилова М. А., Ластовецкий А. Г., Павлов О. Г., Томарева Е. И. Сравнительная кристаллография крови женщин с миомой матки и женщин-доноров. *Вестник новых медицинских технологий*. Доступно: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-4/2-12.pdf>. doi:10.12737/22632.
13. Павлов О. Г. Прикладные вопросы ситуационного управления в социально-медицинской сфере. Старый Оскол: ТНТ; 2009.

Поступила 11.02.2018  
Принята в печать 26.04.2018

### REFERENCES

1. Starodubov V. I., Sukhanova L. P. Reproductive problems of demographic development of Russia [*Reproduktivnye problemy demograficheskogo razvitiya Rossii*]. Moscow: Menedzher zdravookhraneniya; 2012 (in Russian).
2. Shchepin O. P., Lindenbraten A. L. The main ways of providing quality of medical care. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko*. 1998;(3):13—6 (in Russian).
3. Lindenbraten A. L., Grishina N. K., Kovaleva V. V., Filippova V. I., Serdyukovskiy S. M., Golovina S. M. Analysis of efficiency of innovative processes in the realization of the state program «Healthcare development». *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2016;24(6):324—9 (in Russian).
4. Sidorova I. S. Myoma of uterus (modern issues of etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment) [*Mioma matki (sovremennye problemy etiologii, patogeneza, diagnostiki i lecheniya)*]. Moscow: Medinform Agency; 2002 (in Russian).
5. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. *Best Practice Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2008;22(4):571—88.
6. Su W. H., Lee W. L., Cheng M. H. Typical and atypical clinical presentation of uterine myomas. *J. Chinese Medical Association*. 2012;75:487—93.
7. Vines A. I., Ta M., Esserman D. A. The association between self-reported major life events and the presence of uterine fibroids. *Women's Health Issues*. 2010;20:294—8.
8. Vikhlyayeva E. M., Khodzhaeva Z. S., Fanchenko N. D. Clinical and genealogical study of the family predisposition to the disease uterine myoma. *Akusherstvo i ginekologiya*. 1998;(2):27—30 (in Russian).
9. Marsh E. E., Ekpo G. E., Cardozo E. R. Racial differences in fibroid prevalence and ultrasound findings in asymptomatic young women (18—30 years old): a pilot study. *Fertility and Sterility*. 2013;99(7):1951—7.
10. Markhabullina D. Sh., Khasanov A. A. The influence of medical-biological factors and working conditions in the production of rubber products on the occurrence of uterine fibroids. *Prakticheskaya meditsina*. 2016;1(93):106—9 (in Russian).
11. Pavlov O. G. The influence of genetic predisposition to somatopsychology and medico-social factors on the course of pregnancy and outcome of labor from the standpoint of system analysis [*Vliyanie nasledstvennoy predraspolzhenosti k somatopatologii i mediko-sotsial'nykh faktorov na techenie beremennosti i iskhod rodov s pozitsiy sistemnogo analiza*]. Kursk: Kursk State Technical University; 2006 (in Russian).
12. Feofilova M. A., Lastovetskiy A. G., Pavlov O. G., Tomareva E. I. Comparative crystallography of blood for women with uterine myoma and women-donors. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy*. 2016 [cited 2016 Nov 08];4:[about 9 p.]. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-4/2-12.pdf>. doi: 10.12737/22632 (in Russian).
13. Pavlov O. G. Applied questions of situational management in the socio-medical field [*Prikladnye voprosy situacionnogo upravleniya v sotsial'no-meditsinskoj sfere*]. Star'y Oskol: TNT; 2009 (in Russian).

Гудилина Н. А.<sup>1</sup>, Иванова Э. С.<sup>2</sup>, Ростова Н. Б.<sup>1</sup>

## РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ: МНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Пермская государственная фармацевтическая академия» Минздрава России, 614990, г. Пермь;

<sup>2</sup>ГКУЗ «Пермский краевой центр по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», 614065, г. Пермь

Представлены результаты социологического исследования методом анкетирования медицинских специалистов, осуществляющих профессиональную деятельность в сфере оказания медицинской и лекарственной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. Данные анкетирования показали, что, несмотря на активное использование регламентирующих документов в практике оказания медицинской и лекарственной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам, у специалистов возникают трудности при выборе лекарственных препаратов и оценке схем лекарственной терапии, в том числе с позиций эффективности и безопасности антиретровирусных препаратов, что также подтверждается изучением реальной практики назначений. Результаты исследования предопределяют необходимость разработки информационно-организационных технологий для оптимизации выбора, назначения и использования лекарственных препаратов на основе принципов рационального использования лекарственных средств и в соответствии с направлениями государственной политики.

**Ключевые слова:** антиретровирусная терапия; рациональное использование лекарственных препаратов; выбор, назначение и использование лекарственных препаратов.

**Для цитирования:** Гудилина Н. А., Иванова Э. С., Ростова Н. Б. Рациональная антиретровирусная терапия ВИЧ-инфицированных: мнение медицинских специалистов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):411—414. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-411-414>

**Для корреспонденции:** Ростова Наталья Борисовна, д-р фарм. наук, профессор кафедры управления и экономики фармации ФГБОУ ВО «Пермская государственная фармацевтическая академия» Минздрава России, e-mail: N-Rostova@mail.ru

Gudilina N. A.<sup>1</sup>, Ivanova E. S.<sup>2</sup>, Rostova N. B.<sup>1</sup>

## THE RATIONAL ANTI-RETROVIRAL THERAPY OF HIV-INFECTED PATIENTS: OPINION OF MEDICAL SPECIALISTS

<sup>1</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Perm State Pharmaceutic Academy» of the Ministry of Health of Russia, 614990, Perm, Russia;

<sup>2</sup>The State Clinical Health Care Institution «The Perm Kray Center of Struggle with AIDS and Infectious Diseases», 614065, Perm, Russia

The article presents the results of questionnaire sociological survey of medical specialists professionally working in the area of medical and medicinal care of HIV-infected patients. The survey data demonstrated that in spite of active implementation of regulating documents in practice of medical and medicinal support of HIV-infected patients the specialists encounter difficulties in case of choosing medications and evaluation of medicinal therapy schemes, including from position of efficiency and safety of anti-retroviral medications. This is also confirmed by analysis of actual practice of prescriptions. The results of study predetermine necessity of development of informational organizational technologies for optimization of choice, prescription and application of medications on the basis of principles of rational application of medications and according to direction of public policy.

**Keywords:** anti-retroviral therapy; rational application of medications; choice, prescription and application of medications.

**For citation:** Gudilina N. A., Ivanova E. S., Rostova N. B. The rational anti-retroviral therapy of HIV-infected patients: opinion of medical specialists. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(6):411—414 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-411-414>

**For correspondence:** Rostova N. B., doctor of pharmaceutical sciences, professor of the Chair of Management and Economics of Pharmacy of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Perm State Pharmaceutic Academy», e-mail: N-Rostova@mail.ru

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

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

Received 17.11.2016  
Accepted 19.01.2017

Вопросам лекарственного обеспечения национальные регулирующие органы в РФ в сфере обращения лекарств в последние годы уделяют особое внимание. Важным направлением государственной политики в этой сфере является создание системы рационального применения лекарственных препаратов (ЛП). Для решения этой задачи, согласно регламентирующим документам, предусмотрено внедрение следующих организационных технологий:

- внедрение современных клинических рекомендаций ведения больных;
- создание эффективной системы рационального использования ЛП на основе принципов доказательной медицины;
- формирование единого федерального регистра лиц, имеющих право на лекарственное обеспечение бесплатно или со скидкой при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

- совершенствование порядка отпуска ЛП;
- разработка и внедрение системы электронных назначений ЛП с возможностью их интеграции с системами поддержки принятия решений в области рациональной фармакотерапии;
- создание механизмов стимулирования рационального использования ЛП для эффективного управления ресурсами;
- развитие «школ пациентов» и осуществления мероприятий по формированию здорового образа жизни населения путем просветительной деятельности в сфере обращения лекарственных средств (ЛС) [1].

Наибольшую значимость создание систем рационального использования ЛП имеет для заболеваний, имеющих социальную значимость и важность, среди которых ВИЧ-инфекция занимает особое место. В настоящее время медицина не располагает ЛП, которые позволяли бы полностью вылечить больных ВИЧ-инфекцией, но существуют классы антиретровирусных препаратов (АРВП), которые позволяют контролировать течение заболевания, увеличивать продолжительность и качество жизни больных, снизить вероятность передачи инфекции другим людям.

В РФ зарегистрированы 25 МНН ЛС из 6 классов АРВП: нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ), нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ), ингибиторы протеазы (ИП), ингибиторы слияния (ИС), ингибиторы интегразы (ИИ), ингибиторы ко-рецепторов (ИК). Для лечения ВИЧ-инфекции рекомендациями национальных организаций и национальных структур (официальными органами и экспертными институтами) предусмотрено использование комплексного подхода к лекарственной терапии ВИЧ-инфекции, так называемая высокоактивная антиретровирусная терапия, состоящая из нескольких МНН ЛС разных классов АРВП. Несмотря на наличие ограниченного числа ЛП, рекомендованных схем антиретровирусной терапии (АРТ) достаточно много, что и объясняет сложность выбора наиболее эффективной и безопасной схемы лечения, которая позволила бы проводить успешную фармакотерапию. При этом рациональный выбор схемы и входящих в нее МНН ЛС определяют эффективность и безопасность проводимой АРТ. Следование в назначениях стандартам лечения является одним из критериев оценки рациональности назначений, однако даже при наличии рекомендованных схем терапии необходимы критерии выбора ЛС конкретному пациенту с учетом его особенностей и стадии развития болезни, которые обеспечат наиболее эффективную и безопасную АРТ.

Проведено изучение назначаемых схем лекарственной терапии. В выборку для изучения вошли 139 медицинских карт ВИЧ-инфицированных пациентов, имеющих две схемы лечения, смена которых происходила в силу нежелательных побочных реакций, непереносимости, отсутствия ЛП в медицинской организации (МО) и др. В реальной клинической практике в сравнении с рекомендациями ВОЗ и

российскими документами в части АРТ исследование показало:

- в отношении рекомендованных комбинаций классов АРВП значимая часть назначений соответствуют рекомендациям ВОЗ и Национальным рекомендациям в части рекомендованных комбинаций групп АРВП (более 75% назначений в Схеме 1 и более 82% в Схеме 2);
- в отношении рекомендованных схем комбинаций конкретных МНН ЛС рекомендациям ВОЗ соответствует менее половины назначений (41% комбинаций МНН ЛС в Схеме 1 и 39,6% в Схеме 2);
- в отношении рекомендованных схем комбинаций конкретных МНН ЛС Национальным рекомендациям соответствует лишь  $\frac{1}{3}$  назначенных комбинаций (28,9% комбинаций МНН ЛС в Схеме 1 и 32,4% в Схеме 2);
- более 75% рекомендованных комбинаций конкретных МНН ЛС ВОЗ и более 86% комбинаций конкретных МНН ЛС, включенных в Национальные рекомендации, не встречалось в изученных назначениях.

Результаты проведенного исследования позволяют сделать вывод о том, что АРТ в реальной клинической практике не всегда соответствуют рекомендованным назначениям (как в части выбранных классов АРВП, так и в части МНН ЛС), что, возможно, связано с рядом причин (отсутствие фактического наличия необходимых АРВП в МО, организационные проблемы при формировании заявки и организации закупки, неинформированность специалистов в части современных рекомендаций и др.) [1].

### Материалы и методы

С целью изучения информированности специалистов в части современных рекомендаций о проведении АРТ методом анкетирования было выполнено социологическое исследование медицинских специалистов, осуществляющих профессиональную деятельность в сфере оказания медицинской и лекарственной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. Была подготовлена анкета «Рациональная антиретровирусная терапия ВИЧ-инфицированных пациентов» для изучения мнения и выявления существующих трудностей у специалистов в выборе назначений и использования АРВП, в том числе с позиций критериев эффективности и безопасности.

Разработанная анкета, состоящая из двух частей: «Общие сведения» и «Сведения о подходах к выбору и назначению АРВП», содержала 25 вопросов, из которых 6 являлись открытыми и 19 — многовариантными с возможностью выбора нескольких вариантов ответа.

Респондентами выступили 39 специалистов из МО различных регионов РФ (ГКУЗ «Пермский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», ГБУЗНО «Нижегородский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», КУ «Центр профилактики и борьбы со СПИД», г. Сур-

Здоровье и общество

гут, ГБУЗ «Республиканский центр профилактики и борьбы со СПИД», г. Улан-Удэ, ГБУЗ СО «Свердловский областной Центр профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Екатеринбург, КГБУЗ «Алтайский краевой Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», г. Барнаул).

### Результаты исследования

Анализ занимаемых респондентами должностей установил, что в должности заместителя главного врача работают 2 (5,6%) специалиста, заведующего отделением — 3 (8,3%), врача-педиатра — 3 (8,3%), врача-инфекциониста — 24 (66,7%), врача-терапевта — 7 (19,4%). Средний стаж работы респондентов по специальности составил  $17,51 \pm 11$  лет, а средний стаж работы с ВИЧ-инфицированными пациентами —  $9,07 \pm 5,09$  года.

Анализ наличия/отсутствия квалификационной категории у специалистов показал, что 22 (56,4%) имеют высшую квалификационную категорию, 3 (7,7%) респондента имеют первую категорию, 2 (5,1%) — вторую, оставшиеся 12 (30,8%) респондентов не имеют квалификационной категории. Из опрошиваемых специалистов 4 (10,3%) имеют ученую степень кандидата медицинских наук. В результате анализа общих сведений о специалистах можно сделать вывод о том, что респондентами являлись опытные, квалифицированные специалисты с достаточным опытом работы в сфере оказания медицинской и лекарственной помощи ВИЧ-инфицированным пациентам.

Изучение используемых подходов к назначению и выбору АРВП показало, что 76,9% специалистов не имеют трудностей при выборе лекарственной терапии пациенту, а 23,1% сталкиваются с ними.

В ходе исследования также обнаружено, что все опрошенные специалисты при назначении АРТ пользуются различными документами, регламентирующими основные методы оказания медицинской и лекарственной помощи ВИЧ-инфицированным [2—7].

Изучение использования этих документов в профессиональной деятельности показало, что специалисты обращаются к ним при оказании медицин-

Таблица 1

#### Использование специалистами документов, регламентирующих основные методы оказания медицинской и лекарственной помощи ВИЧ-инфицированным

Наименование документа	Количество опрошенных	
	абс.	%
Стандарт медицинской помощи	33	84,6
Протоколы диспансерного наблюдения больных с ВИЧ-инфекцией	33	84,6
Протоколы применения АРВП в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку	33	84,6
Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению больных с ВИЧ-инфекцией	30	76,9

Таблица 2

#### Мнение специалистов в отношении факторов, влияющих на выбор АРВП

Определяющий фактор	Респонденты, выделившие данный фактор	
	абс.	%
<b>Общие организационные факторы</b>		
Наличие конкретного препарата в МО	36	92,3
Данные эффективности или безопасности	35	89,7
Препарат регламентирован к назначению различными документами	32	82,1
Данные фармакоэкономических исследований	13	33,3
Продвижение ЛП компанией-производителем	5	13,9
<b>Факторы, связанные с пациентом</b>		
Сопутствующие заболевания или состояния	37	94,9
Тяжесть заболевания	35	89,7
Приверженность пациента терапии	33	84,6
Анамнез лечения	31	79,5

ской и лекарственной помощи больным с ВИЧ-инфекцией (табл. 1).

Согласно опросу 97,4% опрошенных используют эти документы при осуществлении выбора и назначения АРТ. При этом большинство отмечают, что при выборе АРВП и АРТ используют в качестве основы документы РФ [2, 3], менее половины опрошенных обращаются при выборе ЛП также к международным документам, регламентирующим данный вопрос [5, 8]. Часть опрошенных учитывает наличие ЛП в перечне ЖНВЛП (61,5%) и формулярном списке МО (41%) респондентов, соответственно.

Изучение факторов, потенциально влияющих на выбор АРВП, позволило нам разделить их на две группы: общие организационные факторы и факторы, связанные с пациентом (табл. 2).

Факторы «наличие конкретного ЛП в МО» и «данные эффективности или безопасности ЛП» являются значимыми для большинства опрошенных. Регламентацию назначения ЛП различными документами учитывают при выборе 82,1% специалистов. Однако 13,9% специалистов признают, что делают выбор под влиянием маркетинговой активности компаний — производителей ЛП.

Среди факторов, связанных с пациентом, наиболее значимыми при выборе АРВП являются «сопутствующие заболевания или состояния» (94,9%) и «тяжесть заболевания» (89,7%).

Несмотря на использование в практике документов, регламентирующих выбор, назначение и использование ЛП, 66,7% опрошенных специалистов подтверждают факт того, что в их практике происходили случаи назначения ЛП не в соответствии с регламентирующими документами/протоколами или рекомендациями. В качестве причин выбора и назначения ЛП без учета регламентации опрошенными были обозначены:

- отсутствие ЛП к определенному периоду в МО — 74,4%;
- индивидуальные особенности пациента — 66,7%;
- личный опыт практики лечения — 20,5%.

Большинство (76,9%) специалистов отмечают, что не всегда в МО имеются ЛП, которые они хотели бы назначить конкретному пациенту. Кроме того, 87,2% респондентов указали на то, что в их практике были случаи, когда существовала необходимость в назначении определенного ЛП, а он отсутствовал в МО.

В ходе исследования установлено, что у 46,2% респондентов возникают трудности при оценке схем лекарственной терапии ВИЧ-инфицированных пациентов по критериям «эффективность» и «безопасность». Треть опрошенных отметили недостаток в получении информации о АРВП с позиций критериев «эффективность» и «безопасность». При этом 61,5% респондентов отметили, что существует потребность в получении информации, необходимой для рационального выбора и использования АРВП. В качестве предпочитаемых каналов получения информации по АРТ специалистами были выбраны справочные пособия (69,2%), специальные образовательные программы (71,8%), конгрессы, конференции (71,8%).

### Заключение

Полученные данные позволяют предположить, что, несмотря на информированность специалистов по вопросам регламентации оказания медицинской и лекарственной помощи ВИЧ-инфицированным, активное использование регламентирующих документов в практике, у врачей возникают трудности при выборе ЛП и оценке схем лекарственной терапии, в том числе и с позиций эффективности и безопасности АРВП. В связи с этим возникает необходимость получения своевременной специальной информации о ЛП и подходах (рекомендациях) в части АРТ, соответствующей критериям рационального выбора, назначения и использования. Проведенное изучение с учетом направлений государственной политики РФ в части оптимизации лекарственного обеспечения населения предопределяет необходимость разработки и внедрения информационно-организационных технологий для осуществления выбора и назначения рациональной фармакотерапии ВИЧ-инфицированным пациентам в каждом конкретном клиническом случае с учетом характеристик и свойств АРВП, включая их эффективность и безопасность.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ростова Н. Б., Иванова Э. С., Гудилина Н. А., Киселева О. В. Антитретовирусная терапия: подходы к лечению и реальная прак-

тика назначений при лечении ВИЧ-инфицированных пациентов. *Медицинский альманах*. 2016;(1):112—16.

2. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией): Приказ МЗ РФ от 24.12.12 № 1511н. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=LAW;n=143146#0>
3. Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией: Клинический протокол, 2015. Режим доступа: [http://pharmacta.ru/d/2015—10—30\\_4994.pdf](http://pharmacta.ru/d/2015—10—30_4994.pdf)
4. Покровский В. В., Юрин О. Г., Кравченко А. В. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией. *Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы*. 2014; (6):43.
5. Всемирная организация здравоохранения. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для европейского региона ВОЗ. Женева; 2007.
6. Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2016 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи: Распоряжение Правительства от 26.12.2015 № 2724-р. Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_192036/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_192036/)
7. Протоколы применения АРВП в комплексе мер, направленных на профилактику передачи инфекции от матери к ребенку: Клинические рекомендации (протокол лечения). 2015. Режим доступа: [http://spid18.ru/files/info\\_med/normativ\\_doc/klinikprotokol/PPMP%202015.pdf](http://spid18.ru/files/info_med/normativ_doc/klinikprotokol/PPMP%202015.pdf)
8. Всемирная организация здравоохранения. «Руководство по началу антитретовирусной терапии и доконтактной профилактики». Женева; 2015.

Поступила 17.11.2016  
Принята в печать 19.01.2017

### REFERENCES

1. Rostova N. B., Ivanova E. S., Gudilina N. A., Kiseleva O. V. Antiretroviral therapy: approaches to treatment and the actual practice of appointments in the treatment of HIV-infected patients. *Meditinskij al'manakh*. 2016;(1):112—16 (in Russian).
2. On approval of the primary health care standard for disease caused by human immunodeficiency virus (HIV). Prikaz MZ RF of 24.12.12 № 1511n. Available at: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc; base=LAW;n=143146#0> (in Russian).
3. National recommendations for dispensary observation and treatment of patients with HIV infection. *Klinicheskiy protokol*. 2015. Available at: [http://pharmacta.ru/d/2015—10—30\\_4994.pdf](http://pharmacta.ru/d/2015—10—30_4994.pdf) (in Russian).
4. Pokrovskiy V. V., Yurin O. G., Kravchenko A. V. Protocols of follow-up and treatment of patients with HIV infection. *Epidemiologiya i infektsionnye bolezni. Aktual'nye voprosy*. 2014;(6):43 (in Russian).
5. World Health Organization. Treatment and care of HIV / AIDS. *Klinicheskie protokoly dlya evropeyskogo regiona VOZ*. Geneva; 2007.
6. On approving the list of vital and essential drugs for 2016, as well as lists of drugs for medical use and minimal assortment of drugs needed for medical care. *Rasporyazhenie Pravitel'stva* of 26.12.2015 № 2724-r. Available at: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_192036/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_192036/) (in Russian).
7. Protocols use of ARVs in a complex of measures aimed at prevention of HIV transmission from mother to child. *Klinicheskie rekomendatsii (protokol lecheniya)*. Available at: [http://spid18.ru/files/info\\_med/normativ\\_doc/klinikprotokol/PPMP%202015.pdf](http://spid18.ru/files/info_med/normativ_doc/klinikprotokol/PPMP%202015.pdf) (in Russian).
8. World Health Organization. Getting antiretroviral treatment and PrEP. Geneva; 2015.

Романов С. В.<sup>1</sup>, Александрова О. Ю.<sup>2</sup>, Абаева О. П.<sup>1</sup>, Смирнова Г. Ю.<sup>1</sup>

## ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ ДОНОРСКИХ БАЗ К ПРОБЛЕМАМ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

<sup>1</sup>БУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства, 603001, г. Нижний Новгород;  
<sup>2</sup>БУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», 129110, г. Москва

*Статья посвящена изучению социальных аспектов трансплантологии. В основе статьи — анализ материалов анкетного опроса 266 врачей, являющихся сотрудниками донорских баз федерального центра, осуществляющего трансплантацию органов и тканей человека. Респонденты являлись представителями наиболее распространенных врачебных специальностей и всех возрастно-половых групп. Согласно полученным результатам, врачи понимают значимость развития трансплантации в регионе, однако проявляют крайне пассивную позицию по информированию трансплантологов о наличии потенциального донора. Участие врачей в программе трансплантации зависит в первую очередь от позиции по данному вопросу руководства медицинской организации. В то же время 44,3±3,1% врачей информированы о важнейшем нормативно-правовом принципе, регламентирующем возможность посмертного забора органов — презумпции согласия, менее 18,6±2,4% данную норму поддерживают. Половина врачей готовы в случае своей внезапной смерти выступить в качестве доноров органов, а также в случае подобного предложения подписали бы согласие на возможное посмертное донорство. Следовательно, одним из условий развития трансплантации органов в регионе является проведение систематической информационно-разъяснительной работы с врачебным сообществом, направленной на повышение мотивации сотрудников донорских баз к активному взаимодействию с трансплантологами.*

*Ключевые слова:* трансплантация органов и тканей; донорские базы; презумпция согласия.

**Для цитирования:** Романов С. В., Александрова О. Ю., Абаева О. П., Смирнова Г. Ю. Отношение врачей донорских баз к проблемам трансплантации органов и тканей человека. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):415—417. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-415-417>

**Для корреспонденции:** Абаева Ольга Петровна, д-р мед. наук, доцент, помощник директора по науке ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства, e-mail: [abaevaop@inbox.ru](mailto:abaevaop@inbox.ru)

Romanov S. V.<sup>1</sup>, Alexandrova O. Yu.<sup>2</sup>, Abaieva O. P.<sup>1</sup>, Smirnova G. Yu.<sup>1</sup>

## THE ATTITUDE OF PHYSICIANS OF DONOR BASES TO PROBLEMS OF TRANSPLANTATION OF HUMAN ORGANS AND TISSUES

<sup>1</sup>The Budget Health Care Institution «The Privolzhskiy Okrug Medical Center» of the Federal Medical Biological Agency of Russia, 603001, Nizhny Novgorod, Russia;

<sup>2</sup>The Moscow Region State Budget Institution of Health Care «The State Budget Institution of Health Care of the Moscow Region «M. F. Vladimirskiy Moscow Region Research Clinical Institute», 129110, Moscow, Russia

*The article considers social aspects of transplantology on the basis of analysis of data of questionnaire survey of 266 physicians of donor bases of the Federal Center implementing transplantation of human organs and tissues. The respondents were representatives of the most prevalent medical professions and all age gender groups. According to study results, physicians are aware of importance of development of organs and tissues transplantation in the region though take a very passive standing related to informing transplantation specialists about availability of a potential donor. The involvement of physicians in the transplantation program in the first place depends on position of administration of medical institution. At the same time, 44,3±3,1% of physicians are aware of such the most important normative legal principle regulating possibility of postmortem intake of organs as consent presumption. Less than 18,6±2,4% of physicians support this standard. Half of the respondents are ready, in case of their instant death, to become donors of organs and are ready too in case of such a proposal to sign consent to possible postmortem donorship. Therefore, one of conditions of development of organs and tissues transplantation in the region is implementation of explanatory work with medical community targeted to increasing of motivation of personnel of donor bases to active interaction with transplantology specialists.*

*Keywords:* transplantation; organs and tissues; donor bases; consent presumption.

**For citation:** Romanov S. V., Alexandrova O. Yu., Abaieva O. P., Smirnova G. Yu. The attitude of physicians of donor bases to problems of transplantation of human organs and tissues. Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini. 2018;26(6):415-417 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-415-417>

**For correspondence:** Abaieva O. P., doctor of medical sciences, associate professor, the science assistant director of the Budget Health Care Institution «The Privolzhskiy Okrug Medical Center». e-mail: [abaevaop@inbox.ru](mailto:abaevaop@inbox.ru)

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

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

Received 14.06.2017  
Accepted 10.10.2017

В 2015 г. трансплантация органов и тканей человека на территории РФ осуществлялась в 43 медицинских организациях,  $\frac{1}{3}$  из которых расположены на территории Москвы и Санкт-Петербурга. Помимо данных субъектов Федерации, лишь 20 регионов страны располагают центрами трансплантации органов и тканей, причем в половине из них осуществля-

ется только трансплантация почки [1]. В каждом регионе сформировалась своя система организации работы с донорскими базами [1—3]. Одним из региональных центров трансплантации органов и тканей является ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства (ФБУЗ ПОМЦ ФМБА) России, располо-

женное в г. Нижний Новгород. Среди нестоличных центров ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России в 2015 г. находился на 6-м и 4-м местах по количеству выполненных операций по трансплантации почки и печени соответственно, в 2016 г. в центре впервые была выполнена операция по трансплантации поджелудочной железы. При этом ресурсы ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России позволяют проводить значительно больше операций, но, как и во всем мире, важнейшим фактором, лимитирующим количество трансплантаций, является донорский ресурс, который во многом формируется за счет активности специалистов донорских баз [1—3]. Нами было проведено медико-социологическое исследование, целью которого являлось изучение позиции врачей по отношению к проблемам трансплантации органов и тканей человека.

Для реализации цели были сформулированы следующие задачи:

- изучить субъективное отношение врачей к необходимости развития трансплантации органов в регионе;
- исследовать уровень информированности врачей о принципах нормативно-правового регулирования посмертного донорства в РФ и субъективное отношение специалистов к презумпции согласия на посмертный забор органов;
- исследовать личную позицию врачей как граждан страны в аспекте посмертного донорства органов и тканей человека.

### Материалы и методы

Проведен анкетный опрос 266 врачей медицинских организаций, входящих, согласно приказу Министерства здравоохранения Нижегородской области, в число участников региональной программы трансплантации органов и тканей человека. Респонденты составили равные группы по гендерному признаку (женщины — 50,7±3,1%). В исследовании приняли участие врачи возрастных групп: 20—24 года (7,5±1,6%), 25—29 лет (13,5±2,1%), 30—34 года (12±2%), 35—39 лет (7,9±1,7%), 40—44 года (15,4±2,2%), 45—49 лет (12,4±2%), 50—54 года (6,4±1,5%), 55—59 лет (9,8±1,8%), 60—64 года (7,1±1,6%), 65—69 лет (4,1±1,2%), 70—74 (3,9±1,2%), а также различных врачебных специальностей: врачи анестезиологи-реаниматологи (10,5±1,9%), хирурги (20,3±2,5%), терапевты, кардиологи (20,3±2,5%), неврологи (5,6±1,4%) и др. Обработка данных осуществлялась при помощи программы Minitab.

### Результаты исследования

Согласно данным опроса, лишь 11,1±1,3% врачей донорских баз участвуют в программе трансплантации, руководствуясь пониманием значимости этой работы. В 59,3±3% случаев ведущую роль играют организационно-распорядительные методы администрации, для 29,6±2,8% врачей имеют значение оба фактора. В случае выявления потенциального донора только 10,9±1,9% опрошенных активно свяжутся с трансплантологами, 13,9±2,2% предварительно об-

судят такую возможность с родственниками донора, 44±3,0% сообщают представителям администрации больницы, 27,1±2,1% не предпримут ничего.

Большинство опрошенных (80,1±2,4%) заявили о том, что в достаточном, по их мнению, объеме информированы о современных возможностях трансплантации органов и тканей человека; 88,7±1,9% врачей считают, что развитие данного вида медицинской помощи в регионе является важной задачей для спасения жизней нижегородских пациентов, однако 11,3±1,3% придерживаются мнения, что в условиях современной экономической ситуации развитие трансплантологии финансово не оправдано. Опрошенные врачи разделились на две практически равные группы: 44,7±3,1% рассматривают трансплантацию органов как обычную клиническую практику, а для 48,9±3,1% она является прерогативой ограниченного круга высокотехнологичных центров. Достоверной (6,3±1,5%) оказалась и третья группа врачей, считающих, что данный вид медицинской помощи вообще не приемлем для современной российской медицины.

Только 44,3±3,1% опрошенных в полной мере располагают информацией о норме российского законодательства, регламентирующей презумпцию согласия населения на посмертный забор органов, и лишь 18,6±2,4% данную норму поддерживают. Больше половины респондентов (58,6±3%) считают, что забор органов возможен только при наличии прижизненного согласия донора или согласия родственников, полученного после смерти донора, 22,8±2,6% придерживаются позиции «презумпции несогласия», т. е. считают забор органов возможным только при наличии прижизненного согласия донора.

Сочли бы возможным разрешить использование своих органов в случае гибели в медицинских целях 44,7±3,1% врачей, 15,1±2,2% ответили отказом, остальные затруднились ответить. Половина опрошенных согласилась бы в случае такого предложения оформить прижизненное согласие на посмертное донорство органов.

### Заключение

Результаты исследования свидетельствуют о понимании большинством представителей врачебного сообщества городских больниц необходимости развития трансплантации в регионе. Очень значимым, на наш взгляд, показателем является готовность половины врачей выступить в качестве посмертных доноров в случае внезапной смерти для спасения жизни другого человека. В то же время препятствием к оптимизации использования донорского ресурса области является крайне пассивная позиция врачей, связанная с недостаточным вниманием к данному вопросу руководителей медицинских организаций — донорских баз. Еще одним показателем, свидетельствующим о недостаточности информационно-разъяснительной работы с врачами в области организации посмертного донорства, является низкий уровень их информированности о принципах нормативно-правового регулирования и неприятие



Здоровье и общество

презумпции согласия на посмертный забор органов. В связи с этим мы считаем, что наряду с необходимостью совершенствования клинических аспектов важнейшим условием развития трансплантологии в нашей стране является и систематическая работа с врачебным сообществом, направленная на формирование должной модели поведения специалиста донорской базы на основе понимания значимости трансплантации как вида медицинской помощи в охране здоровья россиян.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Готье С. В., Хомяков С. М. Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации в 2015 году. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2016;XVIII(2):6—26.

2. Готье С. В., Климушина Н. Ф. Опыт и перспективы трансплантации органов в Свердловской области. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2016;XVIII(1):9—16.
3. Минина М. Г. О некоторых аспектах организации органного донорства. *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. 2010;XII(3):81—8.

Поступила 14.06.2017  
Принята в печать 10.10.2017

REFERENCE

1. Got'e S. V., Khomyakov S. M. Donation and organ transplantation in Russian Federation in 2015. *Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov*. 2016;XVIII(2):6—26 (in Russian).
2. Got'e S. V., Klimushina N. F. Experience and prospects of organ transplantation in Sverdlovsk region. *Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov*. 2016;XVIII(1):9—16 (in Russian).
3. Minina M. G. About certain aspects of the organisation of organ donation. *Vestnik transplantologii i iskusstvennykh organov*. 2010;XII(3):81—8 (in Russian).

# Реформы здравоохранения

© Коллектив авторов, 2018  
УДК 614.2:616-08

**Хальфин Р. А.<sup>1</sup>, Мадьянова В. В.<sup>1</sup>, Столбов А. П.<sup>1</sup>, Свистунов А. А.<sup>1</sup>, Орлов С. А.<sup>1</sup>, Бакулина А. А.<sup>2</sup>, Ефимова А. О.<sup>1</sup>, Татаринова Т. А.<sup>1</sup>, Гиль А. Ю.<sup>1</sup>**

## КОНЦЕПЦИЯ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОЙ МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119992, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125993, г. Москва

*Эффективное и рациональное обеспечение качества оказания медицинской помощи является важным звеном в системе организации работы здравоохранения. Исследование посвящено разработке концепции пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи, а также системному анализу основных параметров модели. В работе на основе анализа литературы и нормативно-правовых документов Минздрава России и Федерального фонда ОМС, органов управления здравоохранением и территориальных фондов ОМС субъектов РФ произведен синтез информации, в результате которого сформулированы основные параметры и положения пациентоориентированной модели, а также представлена концепция этой модели организации оказания медицинской помощи населению. Реализация предложенной концепции при ее надлежащем внедрении будет способствовать улучшению клинических исходов, повышению удовлетворенности и комплаентности со стороны пациентов, что позволит оптимизировать организацию оказания медицинской помощи.*

*Ключевые слова:* пациентоориентированная модель медицинской помощи; здравоохранение; оказание медицинской помощи; качество медицинской помощи; концепция пациентоориентированной модели.

**Для цитирования:** Хальфин Р. А., Мадьянова В. В., Столбов А. П., Свистунов А. А., Орлов С. А., Бакулина А. А., Ефимова А. О., Татаринова Т. А., Гиль А. Ю. Концепция пациентоориентированной модели организации оказания медицинской помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018; 26(6):418—423. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-418-423>

**Для корреспонденции:** Ефимова Алена Олеговна, ассистент кафедры Высшей школы управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением, e-mail: [drleb1990@mail.ru](mailto:drleb1990@mail.ru)

**Khalfin R. A.<sup>1</sup>, Madiyanova V. V.<sup>1</sup>, Stolbov A. P.<sup>1</sup>, Svistunov A. A.<sup>1</sup>, Orlov S. A.<sup>1</sup>, Bakulina A. A.<sup>2</sup>, Efimova A. O.<sup>1</sup>, Tatarinova T. A.<sup>1</sup>, Gil A. Yu.<sup>1</sup>**

## THE CONCEPT OF PATIENT-ORIENTED MODEL OF ORGANIZATION OF MEDICAL CARE

<sup>1</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «I. M. Sechenov First Moscow State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, 119991, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Educational Budget Institution of High Education «The Financial University under the Government of the Russian Federation», 125993, Moscow, Russia

*The efficient and rational support of quality of medical care rendering is an important aspect of the system of organization of health care functioning. The study considers the development of concept of patient-oriented model of medical care rendering and also system analysis of main parameters of the model. The study was based on the analysis of publications and normative legislative documents of Minzdrav of Russia and the Federal Foundation of mandatory medical insurance, control boards of health care and territorial Foundations of mandatory medical insurance, subjects of the Russian Federation. The comprehensive analysis resulted in formulation of main parameters and propositions of the patient-oriented model. The concept of related model of organization of medical care rendering to population was presented too. The implementation of the proposed concept in case of its appropriate implementation will favor amelioration of clinical outcomes, increasing of satisfaction and compliance of patients, that will permit to optimize organization of medical care rendering.*

*Keywords:* patient-oriented model; medical care; health care; medical care rendering; medical care quality; concept.

**For citation:** Khalfin R. A., Madiyanova V. V., Stolbov A. P., Svistunov A. A., Orlov S. A., Bakulina A. A., Efimova A. O., Tatarinova T. A., Gil A. Yu. The concept of patient-oriented model of organization of medical care. *Problemy socialnoi gigiyeni, zdoravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(6):418—423 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-418-423>

**For correspondence:** Efimova A. O., the assistant of the Chair of the High School of Health Care Management of the Institute of Leadership and Health Care Management of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «I. M. Sechenov First Moscow State Medical University». e-mail: [drleb1990@mail.ru](mailto:drleb1990@mail.ru)

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

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

Received 26.11.2018  
Accepted 29.11.2018

Поиск новых подходов к повышению эффективности здравоохранения для улучшения доступности и качества медицинской помощи остается одной из

актуальных проблем отрасли [1—5]. Поэтому перед органами государственного управления всех уровней и профессиональным сообществом стоит задача

## Реформы здравоохранения

перехода к пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи.

Подходы к пациентоориентированной модели сформулированы в приказе Минздрава РФ № 186 от 24.04.2018 г., базирующемся на парадигме предиктивной, превентивной и персонализированной медицины (4П-медицина) [6]. Ожидаемыми результатами внедрения концепции в практическое здравоохранение являются снижение заболеваемости по нозологиям, обусловленным наследственными факторами, улучшение качества медицинской помощи при неинфекционных заболеваниях, снижение затрат на медицинскую помощь за счет оптимального выбора схем лечения и лекарственных препаратов [7—8].

Модель пациентоориентированности заложена в программы и стратегии развития здравоохранения в г. Москве и в пилотные проекты других регионов Российской Федерации [9, 10]. В постановлении Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» отмечен принцип пациентоориентированности при реализации медицинской помощи в рамках государственной гарантии. Ресурсная обеспеченность и инфраструктурный потенциал системы здравоохранения г. Москвы определяют возможность реализовать технологически насыщенную, пациентоориентированную и экономически эффективную модель системы здравоохранения.

Элементы пациентоориентированной медицины предусмотрены при решении вопросов обеспечения оптимальной доступности, развития сети учреждений первичной медико-санитарной помощи, формировании системы защиты прав пациентов в Указе Президента Российской Федерации № 204 от 07.05.2018 г. [11].

Целью исследования является системный анализ условий и положений внедрения концепции пациентоориентированной модели для организации оказания медицинской помощи населению.

### Материалы и методы

Проведен анализ с использованием методов библиографического и информационного поиска источников в базах данных документов, публикуемых на сайтах Минздрава России и Федерального фонда ОМС, органов управления здравоохранением и территориальных фондов ОМС субъектов РФ, а также семантического поиска источников в сети Интернет. Использованы методы формально-юридического и системного анализа документов, произведено обобщение информации для разработки концепции пациентоориентированной модели организации медицинской помощи.

### Результаты исследования

Проанализированы приказы Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной

медицины» [6], Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ [12] и постановления Правительства Москвы «Об утверждении Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» [10].

С развитием в Российской Федерации рынка медицинских услуг концепция пациентоориентированного подхода находит применение в деятельности частных медицинских организаций. Неотъемлемой частью пациентоориентированной модели здравоохранения становится государственно-частное партнерство [13].

В Российской Федерации элементы концепции пациентоориентированной медицины, учитывающие уникальные потребности гражданина и реализацию его прав на медицинскую помощь с сохранением этнокультурных особенностей, поощряющие участие пациента в принятии решений относительно своего здоровья, учитывающие динамику потребностей пациента нашли отражение в стратегических документах Правительства и указах Президента Российской Федерации последних лет.

Концепция пациентоориентированной модели активно изучается исследователями применительно к различным аспектам оказания медицинской помощи (Хаес Б. П. [14], Лямина Н. П., Котельникова Е. В. и др. [15], Р. А. Хальфин, Л. Е. Сырцова и др. [16]). В рамках национального проекта «Здоровье» и с учетом демографической политики Тюменской области описана система подготовки среднего медицинского персонала для осуществления самостоятельной деятельности в рамках своих компетенций и оказания сестринской помощи, ориентированной на потребности пациента. Подчеркнута успешность применения концепции пациентоориентированного подхода для развития кадрового потенциала с реализацией уважения прав и человеческого достоинства пациентов [17].

Разработка пациентоориентированной модели организации оказания медицинской помощи населению осуществлялась на основе следующих положений:

1. Потребность и объемы потребления медицинской помощи определенного вида и профиля существенно различаются по половозрастным группам и зависят от уровня заболеваемости населения и возможности ее своевременного получения (доступности). Чем выше общая заболеваемость, тем больше потребность и объемы оказанной медицинской помощи.

2. Доступность медицинской помощи обеспечивается: организацией оказания медицинской помощи по принципу ее приближенности к месту жительства, месту работы или обучения, возможностью выбора медицинской организации и лечащего врача, полноценной обеспеченностью медицинскими кадрами, оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом потребностей пациентов с ограниченными возможностями, наличием необходимых лекар-

ственных препаратов и медицинских изделий в медицинских организациях и аптеках; транспортной доступностью медицинских организаций и аптек для всех групп населения, экономической доступностью медицинской (стоимость лекарств, проезда), организационной доступностью (режим работы лечебно-профилактических учреждений и аптек), информационной доступностью (получение сведений о медицинских организациях, медицинских услугах, аптеках, порядке получения медицинской помощи, наличии лекарств), применением телемедицинских технологий.

3. Объем, виды, порядок предоставления гражданам медицинской помощи определены программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Правительства РФ и включают персонализированные нормативы объемов, видов, условий и форм оказания медицинской помощи по возрастным категориям, нормативы финансовых затрат.

4. Пациентоориентированная модель предусматривает большую дифференциацию нормативов программы государственных гарантий в зависимости от возрастной структуры населения, уровня заболеваемости, медико-демографических факторов для повышения точности прогнозирования и планирования объемов и финансирования медицинской помощи, улучшения ресурсной обеспеченности медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения.

5. Размещение медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, иных объектов инфраструктуры здравоохранения исходя из потребностей населения и в соответствии с нормативными документами Правительства РФ и Минздрава России.

6. Оплата медицинской помощи и экономические результаты деятельности МО зависят от качества оказанной медицинской помощи, удовлетворенности пациента качеством предоставленных услуг, доброжелательности, внимательности и вежливости персонала, комфортности пребывания в медицинской организации.

7. Экспертиза и оценка качества медицинской помощи (своевременность оказания, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата) осуществляются специально подготовленными уполномоченными врачами-экспертами.

Успешность внедрения пациентоориентированной модели связана с совершенствованием нормативно-правовой базы, разработкой и принятием организационно-управленческих решений, финансово-экономическими, информационно-технологическими, информационно-медийными и общественными мероприятиями. Необходимыми условиями внедрения пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи являются:

1. Наличие действующей нормативно-законодательной базы. На данном этапе предлагается внести

изменения в действующие нормативные акты, разработать и издать необходимые организационно-распорядительные и методические документы, регламентирующие работу органов управления здравоохранением, фондов ОМС, медицинских учреждений в процессе внедрения и практической реализации пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи.

2. Наличие подготовленных руководителей органов управления здравоохранением, руководителей медицинских организаций и медицинских работников. В мероприятиях данного раздела необходимо предусмотреть обучение медицинского персонала принципам, подходам и методикам, применяемым в пациентоориентированной модели оказания медицинской помощи.

3. Наличие инфраструктуры здравоохранения для отработки механизмов внедрения, тиражирования и совершенствования технологий бережливого производства.

4. Наличие развитой автоматизированной информационной системы сбора и обработки данных, необходимых для расчета фактических затрат и тарифов, медико-экономического планирования, информационного взаимодействия между всеми участниками, мониторинга и контроля внедрения пациентоориентированной модели.

5. Апробация в субъектах Российской Федерации методик расчета фактических затрат и формируемых на их основе дифференцированных нормативов объемов и финансовых затрат при оказании медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

6. Создание механизмов финансового стимулирования медицинских работников для перехода на пациентоориентированную модель оказания медицинской помощи.

7. Формирование территориальных нормативов объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания путем дифференциации застрахованных лиц по половозрастным группам и категориям граждан, страдающих хроническими заболеваниями.

8. Финансовое обеспечение медицинских организаций, участвующих в территориальных программах государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

9. Эффективное функционирование региональных информационных систем — медицинских информационных систем, информационных систем территориальных фондов ОМС, информационно-аналитических систем для организации бережливых процессов в медицинских организациях.

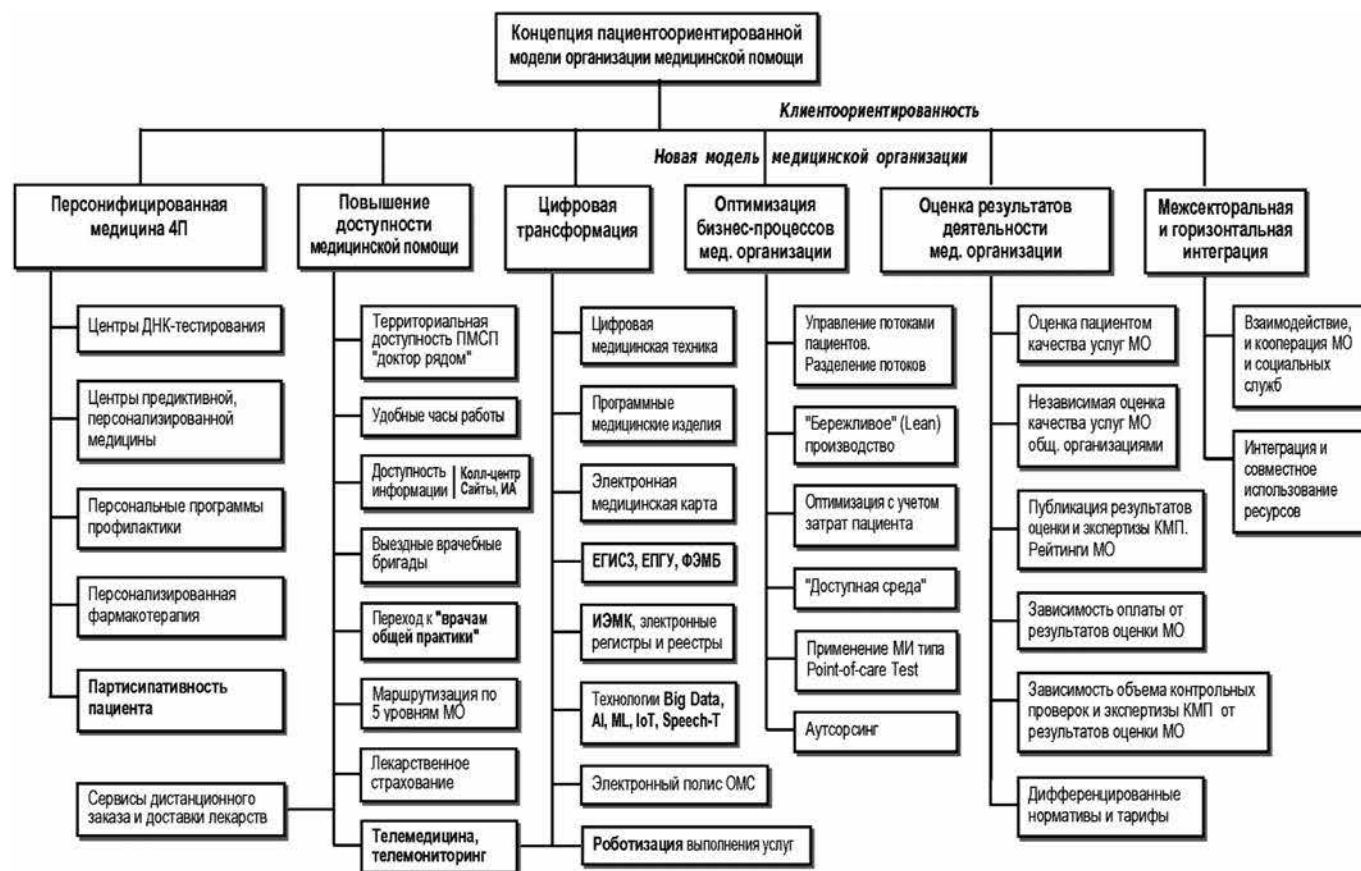
10. Информационно-медийное сопровождение.

11. Активная административная и общественная поддержка.

Основными инструментами повышения доступности медицинской помощи являются:

- переход к общеврачебной практике для оказания первичной медико-санитарной помощи;

Реформы здравоохранения



Концепция пациентоориентированной модели организации оказания медицинской помощи.

- размещение пунктов оказания первичной медицинской помощи (кабинеты семейного врача, врачебные амбулатории, фельдшерские пункты) по принципу «доктор рядом» (медицина шаговой доступности);
  - организация выездных врачебных бригад для оказания медицинской помощи населению, проживающему в удаленных малых населенных пунктах и сельской местности;
  - применение телемедицинских технологий при оказании медицинских услуг «врач — медработник», «врач — пациент» и организации дистанционного мониторинга состояния здоровья;
  - переход к лекарственному страхованию при оказании амбулаторной помощи;
  - структурная оптимизация сети медицинских организаций путем их разделения на пять уровней в зависимости от видов и профилей оказываемой медицинской помощи, наличия, квалификации и специализации медицинского персонала, оснащенности медицинским оборудованием.
- Мероприятия должны реализовываться в существующих на сегодняшний день системах здравоохранения Российской Федерации и обязательного медицинского страхования, т. е. в условиях:
- внедрения единых порядков и стандартов оказания медицинской помощи Минздрава Рос-

- размещения пунктов оказания первичной медицинской помощи (кабинеты семейного врача, врачебные амбулатории, фельдшерские пункты) по принципу «доктор рядом» (медицина шаговой доступности);
  - перехода на одноканальное финансирование медицинских организаций через систему ОМС и оплату медицинской помощи по «полному» тарифу;
  - участия медицинских организаций всех форм собственности и ведомственной принадлежности в оказании гражданам медицинской помощи, оплачиваемой по программе ОМС;
  - активного перехода к электронным формам информационного взаимодействия между участниками системы здравоохранения в сочетании с централизацией информационных ресурсов государственными органами и органами государственных внебюджетных социальных фондов.
- Пациентоориентированное оказание медицинской помощи — модель планирования, осуществления и оценки медицинских услуг, которая основывается на взаимовыгодных партнерских отношениях между медицинскими работниками, пациентами и членами их семей. Предпосылками развития концепции явились прорывной рост технологического уровня медицины и существенное увеличение связанных с ней финансовых расходов. Закономерным ответом национальных систем здравоохранения

явились меры, направленные на развитие первичного амбулаторного звена медицины, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. Реализация эффективной профилактики является одной из задач пациентоориентированной медицины, поскольку она предусматривает создание длительных доверительных отношений между врачом и пациентом и предполагает активное вовлечение последнего в процесс принятия решений.

### Обсуждение

Концепцию пациентоориентированной модели медицинской помощи следует отличать от персонифицированной медицины. Несмотря на идейную общность (стремление обеспечить индивидуализацию и кастомизацию медицинской помощи), концепции имеют принципиально разный философский и научный и скорее дополняют друг друга, являясь содержательно неодинаковыми сущностями. На рисунке представлена схема Концепции пациентоориентированной модели организации оказания медицинской помощи.

Пациентоориентированная система помощи реализуется на системном и индивидуальном уровнях. Основными системными аспектами являются интеграция (повсеместное унифицированное внедрение концепции) и доступность (обеспечение соответствия между возможностями системы и потребностями со стороны популяции). Основными проблемами являются гетерогенность медицинской среды, отсутствие преемственности между различными лечебно-профилактическими учреждениями, неодинаковая доступность системы здравоохранения для различных категорий населения и т. д.

На индивидуальном уровне основными компонентами пациентоориентированной модели являются эффективная коммуникация (между медицинским работником и пациентом и внутри профессионального сообщества), активное вовлечение пациента в процесс принятия решений. Основными проблемами на данном уровне являются расовые/этнические предрассудки, языковые/культурные барьеры, деперсонализация пациентов, недостаточная медицинская грамотность населения, сложности в коммуникации с особыми категориями пациентов (пациенты с психическими заболеваниями, пожилые, наркоманы, дети) и т. д.

Концепция пациентоориентированной системы при ее надлежащей имплементации ассоциируется с улучшением клинических исходов, повышением удовлетворенности и комплаентности пациентов. Внедрение принципов пациентоориентированной модели далеко от завершения как глобально, так и в пределах конкретной юрисдикции. В Российской Федерации целенаправленные работы в этом направлении начались совсем недавно и требуют дополнительного научного поиска, систематизации имеющихся данных, разработки новых правовых документов и других время- и ресурсозатратных шагов.

### Заключение

Концепция пациентоориентированной модели организации медицинской помощи должна включать персонифицированную медицинскую помощь (4П), повышение доступности медицинской помощи, цифровую трансформацию, оптимизацию бизнес-процессов и оценку результатов деятельности медицинской организации, межсекторальную и горизонтальную интеграцию. Внедрение пациентоориентированной модели в практику здравоохранения будет способствовать оптимизации работы медицинского персонала, рационализации лечебного процесса, повышению качества и доступности медицинской помощи.

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

### ЛИТЕРАТУРА

- Arpey N. C., Gaglioti A. H., Rosenbaum M. E. How Socioeconomic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study. *J. Prim. Care Community Health*. 2017;8(3):169–75.
- El-Alti L., Sandman L., Munthe C. Person Centered Care and Personalized Medicine: Irreconcilable Opposites or Potential Companions? *Heal. Care Anal.* 2017;7(3):1–15.
- Avisar N. Multi-disciplinary patient-centered model for the expedited provision of costly therapies in community settings: The case of new medication for hepatitis C. *Isr. J. Health Policy Res.* 2017;6(1):12–7.
- Rasool M. The role of epigenetics in personalized medicine: challenges and opportunities. *BMC Med. Genomics*. 2015;8(1):S5–7.
- Thibaut F. From basic research to personalized medicine. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2016;18(3):231–2.
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.04.2018 г. № 186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/#ixzz5H5o№ YkCl> (дата обращения: 21.05.2018)
- Thomas D. C. What Does «precision Medicine» Have to Say about Prevention. *Epidemiology*. 2017;28(4):479–83.
- Zhang L., Hong H. Genomic Discoveries and Personalized Medicine in Neurological Diseases. *Pharmacoeconomics*. 2015;7(4):542–53.
- Шляхто Е. В., Конради А. О. Медицина, основанная на ценности, — новая парадигма в здравоохранении. *Ремедиум Поволжья*. 2018;(3):4–8.
- Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП (ред. от 11.04.2017) «Об утверждении Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)». URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=MLAW&n=129080#05740392089450708> (дата обращения: 10.05.2018).
- Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837200/#ixzz5H64Wkmyx> (дата обращения: 21.05.2018).
- Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011. <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/#ixzz5H5o№ YkCl>
- Стаденко Н. Н. Государственно-частное партнерство становится неотъемлемой частью пациентоориентированной модели здравоохранения. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. URL: <http://www.ffoms.ru/news> (дата обращения: 10.05.2018).
- Хаес Б. Л., Плотников Г. П., Фанаскова Е. В., Шукевич Д. Л. Пациент-ориентированная концепция кровосбережения при операциях с искусственным кровообращением. *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. 2016;9(6):55–60.
- Лямина Н. П., Котельникова Е. В. Система поддержки принятия решений как компонент пациент-ориентированной модели

Реформы здравоохранения

кардиологической реабилитации. *Доктор.Ру*. 2017;5(134):42—6.

16. Хальфин Р. А., Сырцова Л. Е., Львова Д. П., Кобяцкая Е. Е. Пациент-ориентированный подход: базовые понятия. *Проблема стандартизации в здравоохранении*. 2017;(1—2):9—13.
17. Тулякова, Т. И. Пациент-ориентированный подход в подготовке специалистов сетринского дела. *Медсестра*. 2012;(1):56—8.

Поступила 26.11.2018  
Принята в печать 29.11.2018

REFERENCES

1. Arpey N. C., Gaglioti A. H., Rosenbaum M. E. How Socioeconomic Status Affects Patient Perceptions of Health Care: A Qualitative Study. *J. Prim. Care Community Health*. 2017; 8(3):169—75.
2. El-Alti L., Sandman L., Munthe C. Person Centered Care and Personalized Medicine: Irreconcilable Opposites or Potential Companions? *Heal. Care Anal.* 2017;7(3):1—15.
3. Avisar N. Multi-disciplinary patient-centered model for the expedited provision of costly therapies in community settings: The case of new medication for hepatitis C. *Isr. J. Health Policy Res.* 2017;6(1):12—7.
4. Rasool M. The role of epigenetics in personalized medicine: challenges and opportunities. *BMC Med. Genomics*. 2015;8(1):S5.
5. Thibaut F. From basic research to personalized medicine. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2016;18(3):231—2.
6. Order of the Ministry of health of the Russian Federation of 24.04.2018 № 186 «on approval Of the concept of predictive, preventive and personalized medicine». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/#ixzz5H5oN° YkCl> (date of application: 21.05.2018) (in Russian).
7. Thomas D. C. What Does «precision Medicine» Have to Say about Prevention? *Epidemiology*. 2017;28(4):479—83.
8. Zhang L., Hong H. Genomic Discoveries and Personalized Medicine in Neurological Diseases. *Pharmaceutics*. 2015;7(4):542—53.
9. Shlyakhto E. V., Konradi A. O. Medicine, values-based — a new paradigm in health care. *Remedium Povolzhie*. 2018;(3):4—8 (in Russian).
10. The resolution of the Moscow Government from 04.10.2011 № 461-PP (edited on 11.04.2017) «On approval of the State program of Moscow «Development of health of the city of Moscow (Capital health)». URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=MLAW&n=129080#05740392089450708> (date accessed: 10.05.2018) (in Russian).
11. Decree of the President of the Russian Federation of may 7, 2018 № 204 «on national goals and strategic objectives of the Russian Federation for the period up to 2024». URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837200/#ixzz5H64Wkmyx> (date of application: 21.05.2018) (in Russian).
12. Federal law “On the basis of health protection in the Russian Federation «№ 323-FZ of 21.11.2011 (in Russian).
13. Stadchenko N. N. Public-private partnership is becoming an integral part of the patient centered model of health. Federal Fund of obligatory medical insurance. URL: <http://www.ffoms.ru/news> (accessed 10.05.2018) (in Russian).
14. Haes B. L., Plotnikov G. P., Fanakova E. V., Shukevich D. L. The Patient-oriented concept of krovosnabzhenie during operations with artificial blood circulation. and others. *Cardiology and cardiovascular surgery*. 2016;9(6):55—60 (in Russian).
15. Lamina N. P., Kotelnikova E. V. Decision support System as a component of patient-oriented model of cardiac rehabilitation. *Doktor.Ru*. 2017;5(134):42—6 (in Russian).
16. Khalfin R. A., Syrtsova L. E., Lvov D. P., Kubacka E. E. The Patient-oriented approach: basic concepts. *Problemy standardizatii v zdravookhraneni*. 2017;(1—2):9—13 (in Russian).
17. Tulyakova T. I. Patient-oriented approach in training nursing specialists. *Medsestra*. 2012;(1):56—8 (in Russian).

© Гайдаров Г. М., Ломакина Е. А., 2018  
УДК 614.2:617.7-082[:33]

Гайдаров Г. М., Ломакина Е. А.

**МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ**

ФГБУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, 664003, г. Иркутск

*В статье рассмотрены результаты исследования экономических вопросов, касающихся применения интраокулярных линз в медицинской организации в современных условиях. Показаны основные проблемы соответствия возможностей потребностям в здравоохранении.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* медико-экономический анализ; медицинская организация; интраокулярная линза; тариф ОМС; дефицит финансирования; доступность медицинской помощи.

*Для цитирования:* Гайдаров Г. М., Ломакина Е. А. Медико-экономический анализ специализированной офтальмологической помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):424—427. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-424-427>

*Для корреспонденции:* Ломакина Елена Алексеевна, начальник отдела организации платной медицинской деятельности и медико-экономического анализа клиник ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, e-mail: [Lomakina-ea@list.ru](mailto:Lomakina-ea@list.ru)

Gaydarov G. M., Lomakina E. A.

**THE MEDICAL ECONOMIC ANALYSIS OF SPECIALIZED OPHTHALMOLOGIC CARE WITHIN THE FRAMEWORK OF TERRITORIAL PROGRAM OF STATE GUARANTEES**

The Federal State Budget Institution of High Education «The Irkutsk State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, 664003, Irkutsk, Russia

*The article considers the results of study of economic issues related to application of intraocular lenses in medical organization in modern conditions. The main problems of conformity of possibilities to needs in health care are demonstrated.*

*К е у о р д с:* medical economic analysis; medical organization; intraocular lens; tariff; mandatory medical insurance; financing deficiency; medical care accessibility.

*For citation:* Gaydarov G. M., Lomakina E. A. The medical economic analysis of specialized ophthalmologic care within the framework of territorial program of state guarantees. *Problemi socialnoi gigieni, zdavookhranenia i istorii meditsini*. 2018;26(6):424—427 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-424-427>

*For correspondence:* Lomakina E. A., the head of the Department of Organization of paid medical activities and medical economic analysis of Clinics of the Federal State Budget Institution of High Education «The Irkutsk State Medical University». e-mail: [Lomakina-ea@list.ru](mailto:Lomakina-ea@list.ru)

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

*Acknowledgment.* The study had no sponsor support

Received 24.05.2018  
Accepted 20.09.2018

В соответствии с действующим законодательством медицинские организации (МО) могут финансироваться из различных источников. Разрешенные к использованию источники финансирования регламентируются важнейшими федеральными законами, в числе которых ФЗ от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и ФЗ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

Основными источниками, имеющими реальное практическое значение, являются средства консолидированного бюджета, обязательного медицинского страхования (ОМС) и средства от оказания платной медицинской помощи. Специализированная медицинская помощь в структуре всех расходов здравоохранения является наиболее дорогостоящей, требующей значительных вложений государственных бюджетных и внебюджетных средств [1]. Необходимо обеспечивать бережное использование данных ресурсов здравоохранения на всех уровнях [2].

Территориальной программой государственных гарантий (ТПГГ) предусмотрено оказание гражда-

нам РФ бесплатной медицинской помощи по определенным классам заболеваний, видам и объемам медицинской помощи. В связи с недостаточным финансированием бесплатной медицинской помощи снижаются ее доступность и качество, вызывая недовольство населения [3]. В современных экономических условиях учреждения здравоохранения, оказывая медицинскую помощь с учетом порядков и стандартов оказания специализированной медицинской помощи в полном объеме и на должном качественном уровне, вынуждены изыскивать пути оптимизации своих затрат при имеющемся недостаточном финансировании.

**Материалы и методы**

Объект исследования — оказание офтальмологической медицинской помощи с использованием интраокулярных линз. Предмет исследования — система управленческого учета расходов в медицинской организации. Единицы наблюдения — законченный случай лечения заболевания, нормативный правовой акт, официальный учетный и отчетный медицинский и финансовый документ.



## Реформы здравоохранения

Исследование проводилось на базе клиник Иркутского государственного медицинского университета (ИГМУ) с использованием статистического, аналитического, медико-экономического и сравнительного методов анализа.

### Результаты исследования

В системе здравоохранения Российской Федерации высокая доля затрат при оказании медицинских услуг приходится на лекарственное обеспечение вследствие того, что уровень обеспеченности медикаментами вносит немаловажный вклад в снижение уровня смертности и заболеваемости, а также играет значительную роль в обеспечении здоровья населения [4].

Необходимость наиболее рационального использования выделенных ресурсов предопределяет разработку подходов к экономическому обоснованию лекарственного бюджета МО. Единственным механизмом, позволяющим привести в соответствие клиническую необходимость назначаемых лекарственных средств больным с экономическими возможностями учреждения здравоохранения, ограниченными тарифом ОМС, является система управленческого учета (СУУ), реализуемая посредством медико-экономического анализа (МЭА).

В одном из профильных отделений клиник ИГМУ нами было проведено комплексное исследование по изучению вопросов, касающихся обеспеченности финансовыми ресурсами имеющейся потребности в стационаре, на примере одного из самых распространенных офтальмологических заболеваний — катаракты (код по МКБ-10 — Н 26). За 2017 г. доля законченных случаев лечения пациентов с данной патологией в офтальмологическом отделении клиник ИГМУ составила 68,2% от общего числа пролеченных в данном отделении.

По данным ВОЗ, в 51% случаев катаракта является причиной слепоты. Данный факт способствует значительному снижению качества жизни пациентов. Единственно возможным способом лечения, позволяющим избежать такой ситуации, в настоящее время является хирургическое вмешательство. Данный способ лечения предполагает замену утратившего свою прозрачность хрусталика на искусственный аналог, который в медицине называется «интраокулярная линза» (ИОЛ).

На вопрос о том, какие виды искусственных хрусталиков лучше всего ставить при катаракте, однозначно ответить нельзя, поскольку все они способны выполнить функцию удаленного органа и имеют похожее строение. Но при выборе линзы важно учитывать, что по всем параметрам она должна соответствовать индивидуальным особенностям зрительной системы пациента. Данный фактор в значительной степени влияет на достижение цели оперативного вмешательства, хотя не стоит сбрасывать со счетов опыт врача, версию медицинского оборудования и качество самого хрусталика, которое во многом зависит от вида материала и технологии его изготовления.

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 22.10.2016 г. № 2229-р «Об утверждении перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также перечня медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг» добавлено 160 позиций, в том числе эндопротезы и ИОЛ. Однако из данного перечня исключены картриджи, используемые при имплантации ИОЛ, в результате чего невозможно их приобретение за счет средств ОМС. В связи с вступлением в силу распоряжения Правительства РФ от 22.10.2016 г. № 2229-р возникает парадоксальная ситуация: приобретение всех без исключения ИОЛ возможно за счет средств ОМС, а картриджи к ним МО должна приобретать за счет иных источников финансирования, не запрещенных законодательством РФ. В клиниках ИГМУ таковыми являются только средства от платной (приносящей доход) медицинской деятельности.

Оплата МО оказанных медицинских услуг застрахованным гражданам по программе ОМС осуществляется по утвержденным тарифам в пределах финансовых объемов предоставления медицинской помощи. Учитывая многообразие ИОЛ и широкий диапазон цен, возникает резонный вопрос, а каким образом применение ИОЛ с разными стоимостными характеристиками имеет свое отражение в тарифе на законченный случай лечения пациентов с катарактой. В соответствии с Отраслевым стандартом «Клинико-экономические исследования. Общие положения» (91500.14.0001—2002), утвержденным приказом МЗ РФ № 163 от 27.08.2002 г., нами был проведен медико-экономический анализ законченных случаев лечения данной категории пациентов за 2017 г. с использованием метода «стоимость болезни», при котором анализируются все затраты, связанные с ведением больных с определенным заболеванием на определенном этапе (отрезке времени) и на всех этапах оказания медицинской помощи.

Для чистоты исследования нами были отобраны законченные случаи лечения (ЗСЛ) с диагнозом «осложненная катаракта» (код по МКБ-10 — Н 26.2) со стандартным обследованием, проводимым всем пациентам, поступающим для оперативного лечения катаракты с использованием ИОЛ для псевдофакичной задней камеры глаза, а также одинаковым объемом фармакологического сопровождения, анестезиологического пособия, расходных операционных материалов и затрат на госпитализацию. Разница затрат на медикаменты была представлена только стоимостью интраокулярных линз, используемых для коррекции афакии при хирургическом вмешательстве.

В результате исследования за 2017 г. нами были получены следующие данные. Длительность госпитализации пациентов с осложненной катарактой варьирует от 3 до 5 койко-дней. Средняя сумма затрат на один ЗСЛ составила 38 370,44 руб., что на 6,9% вы-

Т а б л и ц а 1

**Сравнительный анализ фактических затрат по кодам экономической классификации, произведенных при оказании медицинской помощи пациентам, находившимся на стационарном лечении в офтальмологическом отделении клиник с диагнозом «осложненная катаракта» (код по МКБ-10 — Н 26.2) в зависимости от цены ИОЛ**

Статья затрат	Сумма фактических затрат на один ЗСЛ за 2017 г. (цена ИОЛ 7,3 тыс. руб.)	Процент от суммы дохода	Сумма фактических затрат на один ЗСЛ за 2017 г. (цена ИОЛ 5 тыс. руб.)	Процент от суммы фактических затрат
Прямые затраты	36 912,41	102,80	34 430,27	95,9
Фонд оплаты труда:	14 090,85	39,3	14 090,85	39,3
В том числе:				
зарботная плата персонала отделения с начислениями	9557,23	26,6	9557,23	26,6
зарботная плата вспомогательного персонала с начислениями	4533,62	12,6	4533,62	12,6
Увеличение стоимости материальных запасов	22 821,56	63,6	20 339,42	56,7
В том числе:				
«лекарства»	22 192,44	61,8	19 710,30	54,9
«питание»	609,02	1,7	609,02	1,7
«мягкий инвентарь, прочие»	20,10	0,1	20,10	0,1
Косвенные затраты (налоги, связь, услуги, работы, прочие)	1458,03	4,1	1458,03	4,1
<b>И т о г о...</b>	<b>38 370,44</b>	<b>106,9</b>	<b>35 888,3</b>	<b>100,0</b>
Сумма дохода на один ЗСЛ	35 896,54		35 896,54	
Финансовый результат	-2473,90	-6,9%	+8,24	0,0%

Пр и м е ч а н и е. Здесь и в табл 2: «-» перерасход, «+» экономия.

ше суммы тарифа на один ЗСЛ. Соответственно, дефицит финансирования по системе ОМС на один ЗСЛ осложненной катаракты в 2017 г. составил 2473,9 руб. При детальном анализе выявлено, что наибольший удельный вес в общей сумме затрат — 22 192,44 руб. (61,8% от размера тарифа) — приходится на лекарства (лекарственные препараты и медицинские изделия). На фонд оплаты труда основного и вспомогательного персонала с начислениями приходится 39,3% от тарифа. Следовательно, расходы на лекарства являются основной причиной возникновения дефицита финансирования.

В связи с необходимостью выполнения указа Президента РФ от 07.05.2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» не представляется возможным сократить общую сумму затрат за счет снижения заработной платы. Стоит отметить, что в целях реализации данного указа в части повышения заработной платы медицинских работников, с 1 января 2018 г. фонд заработной платы основных сотрудников увеличился за счет всех источников финансирования, в том числе и за счет средств ОМС.

Единственным способом сопоставить фактические затраты, возникающие при оказании специализированной медицинской помощи, с тарифом ОМС

является сокращение расходов по коду экономической классификации 340 «Увеличение стоимости материальных запасов» (лекарства). Поскольку медицинская помощь должна оказываться в рамках стандартов оказания медицинской помощи, объемы ее не могут быть уменьшены ни по диагностической, ни по лечебной составляющей. Соответственно, корректировать можно только стоимость лекарственных препаратов и медицинских изделий (в том числе ИОЛ). Расходы на операцию в общей сумме затрат на лекарства составляют около 90%, следовательно, снижение затрат возможно именно на этой части расходов. Среди всех медицинских изделий, используемых во время оперативного вмешательства, наибольшая стоимость и ее вариативность имеются у ИОЛ, соответственно уровень затрат можно регулировать стоимостью применяемой линзы. При подробном детальном анализе нами было выявлено, что для предотвращения возможности возникновения дефицита финансирования стоимость линзы не должна превышать 5 тыс. руб. (табл. 1).

Снижая затраты на статью «лекарства» за счет ограничения стоимости используемой линзы, можно фактически затраты привести в соответствие с тарифом ОМС, тем самым исключить дефицит. Но при этом снижается доступность оказания медицинской помощи, так как не всем обратившимся пациентам по медицинским показаниям подойдет ИОЛ в ценовой категории до 5 тыс. руб.: при имеющихся

Т а б л и ц а 2

**Сравнительный анализ фактических затрат по кодам экономической классификации, произведенных при оказании медицинской помощи пациентам, находившимся на стационарном лечении в офтальмологическом отделении клиник с диагнозом «осложненная катаракта» (код по МКБ-10 — Н 26.2)**

Статья затрат	Сумма фактических затрат на один ЗСЛ за 2017 г. (цена ИОЛ 7,3 тыс. руб.)	Процент от суммы дохода	Сумма фактических затрат на один ЗСЛ за 2018 г. (цена ИОЛ 6,6 тыс. руб.)	Процент от суммы дохода
Прямые затраты	36 912,41	102,8	40 436,48	91,4
Фонд оплаты труда:	14 090,85	39,3	18 320,81	41,4
В том числе:				
зарботная плата персонала отделения с начислениями	9557,23	26,6	13 786,34	31,1
зарботная плата вспомогательного персонала с начислениями	4533,62	12,6	4534,48	10,2
Увеличение стоимости материальных запасов	22 821,56	63,6	22 115,67	50,0
В том числе:				
«лекарства»	22 192,44	61,8	21 403,8	48,4
«питание»	609,02	1,7	631,07	1,4
«мягкий инвентарь, прочие»	20,10	0,1	80,80	0,2
Косвенные затраты (налоги, связь, услуги, работы, прочие)	1458,03	4,1	1395,57	3,2
<b>И т о г о...</b>	<b>38 370,44</b>	<b>106,9</b>	<b>41 832,05</b>	<b>94,5</b>
Сумма дохода на один ЗСЛ, руб.	35 896,54		44 259,05	
Финансовый результат	-2473,90	-6,9	+2427,01	5,5

## Реформы здравоохранения

сочетанных патологиях глаза необходимы ИОЛ более высокого уровня (премиум-класса), имеющие стоимость от 9,5 тыс. до 48 тыс. руб.

Основываясь на данных проведенного анализа, руководством клиник было принято управленческое решение о приобретении ИОЛ за счет средств ОМС по цене до 5 тыс. руб. с последующим ежемесячным проведением медико-экономического анализа каждого ЗСЛ катаракты в офтальмологическом отделении клиник ИГМУ.

На основе результатов проведенного нами научного анализа офтальмологической медицинской помощи были экономически обоснованы и утверждены рекомендации по повышению тарифа. Данная информация была направлена в Министерство здравоохранения Иркутской области и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области. После чего с января 2018 г. тариф повысился до 44 259,05 руб. (на 23,3% по сравнению с 2017 г.). Это позволило на основе системы управленческого учета производимых затрат в связи с ростом доходов увеличить уровень заработной платы медицинского персонала в соответствии с указом Президента РФ от 07.05.2012 г. № 597 и повысить допустимый уровень расходов на медикаменты (табл. 2). Данный факт способствовал тому, что оперативная медицинская помощь для большинства обратившихся пациентов с диагнозом «осложненная катаракта» стала более доступна.

Таким образом, учитывая вышеизложенное, существенную роль в формировании доступности медицинской помощи населению играет государственное обеспечение достаточного уровня тарифов на медицинские услуги, предоставляемые в рамках ТППГ оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

## Выводы

В результате проведенного анализа выявлено, что длительность госпитализации пациентов с осложненной катарактой варьирует от 3 до 5 койко-дней. Средняя сумма затрат на один ЗСЛ по итогам 2017 г. составила 38 370,44 руб., что на 6,9% выше суммы тарифа на один ЗСЛ.

Медико-экономический анализ показал, что наибольший удельный вес в общей сумме затрат на законченный случай лечения пациентов с осложненной катарактой приходится на медикаменты (лекарственные препараты и медицинские изделия) и составляет 22 192,44 руб. (61,8% от размера тарифа). Следовательно, эти расходы являются основной причиной возникновения дефицита финансирования при оказании специализированной медицинской помощи данной категории пациентов.

Установлена прямая зависимость между размером тарифа ОМС на оказанные медицинские услуги и уровнем доступности для населения данной медицинской помощи. Внедрение системы управленческого учета способствовало снижению уровня финансовых затрат по коду экономической классификации 340 «Увеличение стоимости материальных запасов».

Результаты исследования показали, что существенную роль в формировании доступности медицинской помощи населению играет государственное обеспечение достаточного уровня тарифов на предоставляемую медицинскую помощь, оказываемую в рамках ТППГ, в совокупности с принятием взвешенных управленческих решений, основанных на принципах доказательной медицины, со стороны администрации медицинской организации.

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

## ЛИТЕРАТУРА

1. Щепин В. О. Структурно-функциональный анализ коечного фонда лечебно-профилактических организаций государственной системы здравоохранения Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(1):15—9. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strukturno-funktsionalnyy-analiz-kochnogo-fonda-lechebno-profilakticheskikh-organizatsiy-gosudarstvennoy-sistemy-zdravoohraneniya>
2. Жилиева В. П., Нечаев В. С. Некоторые тенденции современной медицинской этики. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015;23(1):43—6.
3. Хабриев Р. У., Линденбрaten А. Л., Комаров Ю. М. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(3):3—17. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-ohrany-zdorovya-naseleniya-kak-osnova-sotsialnoy-politiki-gosudarstva>
4. Гайдаров Г. М., Ломкина Е. А., Алексеева Н. Ю., Макаров С. В. Стационар: обеспечение медикаментами и управленческий учет. Иркутск: ИНЦХТ; 2017.

Поступила 24.05.2018  
Принята в печать 20.09.2018

## REFERENCES

1. Shchepin V. O. The structural functional analysis of beds stock of curative preventive organizations of the state public health system of the Russian Federation. *Problemi socialnoii gigieni, zdravoohraneniya i istorii meditsini*. 2014;(1):15—9. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strukturno-funktsionalnyy-analiz-kochnogo-fonda-lechebno-profilakticheskikh-organizatsiy-gosudarstvennoy-sistemy-zdravoohraneniya> (in Russian).
2. Jiliaeva E. P., Nechaev V. S. The certain tendencies of modern medical ethics. *Problemi socialnoii gigieni, zdravoohraneniya i istorii meditsini*. 2015;23(1):43—6 (in Russian).
3. Habriyev R. U., Lindenbraten A. L., Komarov Yu. M. The strategy of health care of population as background of public social policy. *Problemi socialnoii gigieni, zdravoohraneniya i istorii meditsini*. 2014;(3):3—7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-ohrany-zdorovya-naseleniya-kak-osnova-sotsialnoy-politiki-gosudarstva> (in Russian).
4. Gaydarov G. M., Lomakina E. A., Alekseeva N. Yu., Makarov S. V. *Statsionar: obespechenie medikamentami i statisticheskiy uchet*. Irkutsk: INTsHT; 2017 (in Russian).

Сандаков Я. П., Кочубей А. В.

## МЕРОПРИЯТИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА РФ, 125371, г. Москва, Россия

*В рамках естественного эксперимента разработаны меры, направленные на искоренение дефектов организации диспансерного наблюдения, выявленных в ходе собственного исследования. Эксперимент реализован на базе клинко-диагностического центра № 3 Департамента здравоохранения г. Москвы. Оценка мер проводилась путем сравнения критериев эффективности диспансерной работы до и после реализации мер. На 18-м месяце реализации обнаружено уменьшение среднего числа экстренных госпитализаций, среднего числа обращений за скорой помощью, доли пациентов, отмечающих обострения, и среднего числа обострений, увеличение доли пациентов, взятых на диспансерный учет в течение 10 нед от установления диагноза, ожидающих приема в очереди менее 20 мин, а также пациентов Д-групп, прошедших адекватный медицинский осмотр, знающих ожидаемые результаты лечения, схему лечения и время очередного запланированного посещения обращающихся в запланированные сроки с профилактической целью.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** диспансерное наблюдение; приверженность лечению.

**Для цитирования:** Сандаков Я. П., Кочубей А. В. Мероприятия по совершенствованию организации диспансерного наблюдения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):428—431. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-428-431>

**Для корреспонденции:** Кочубей Аделина Владимировна, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института повышения квалификации ФМБА, e-mail: [kochoubeya@gmail.com](mailto:kochoubeya@gmail.com)

Sandakov Ya. P., Kochubey A. V.

## THE ACTIVITIES CONCERNING IMPROVEMENT OF DISPENSARY OBSERVATION

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education of Continuing Professional Education «The Institute of Advanced Training» of the Federal Medical Biological Agency of Russia, 125371, Moscow, Russia

*The analysis of deficiencies of organization of dispensary observation detected by the original study permitted to develop corresponding eradication measures within the framework of natural experiment. The experiment was implemented on the basis of the clinical diagnostic Center № 3 of the Moscow Health Care Department. The evaluation of measures was carried out by means of comparing criteria of efficiency of dispensary work prior and after implementation of mentioned measures. At the 18th month of measures implementation decreasing of average number of emergency hospitalization, average number of visits for acute care, percentage of patients mentioning exacerbation was established. Alternatively, increasing of percentage of patients registered for dispensarization during 10 weeks after diagnosis establishment, pending reception in waiting list lesser than 20 minutes and also patients of Dispensary groups underwent adequate medical examination, knowing expected results of treatment, treatment scheme and time of next planned visit addressing within planned terms with prevention purpose was established too.*

**К е y w o r d s:** dispensary observation; commitment to treatment.

**For citation:** Sandakov Ya. P., Kochubey A. V. The activities concerning improvement of dispensary observation. *Problemi socialnoi gigiyeni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018;26(6):428—431 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-428-431>

**For correspondence:** Kochubey A. V., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Public Health and Health Care of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education of Continuing Professional Education «The Institute of Advanced Training». e-mail: [kochoubeya@gmail.com](mailto:kochoubeya@gmail.com)

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

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

Received 04.09.2018  
Accepted 29.09.2018

Работы отечественных авторов свидетельствуют о деградации диспансерного наблюдения и отсутствии приверженности лечению пациентов, обусловленной социальными, экономическими и психологическими факторами [1—3]. В ходе собственного исследования также были выявлены дефекты организации диспансерного наблюдения и факторы, ухудшающие диспансерное наблюдение. К дефектам организации диспансерного наблюдения были отнесены недостатки нормативного регулирования организации диспансерного наблюдения, низкая объективность сведения отчетных форм и опросов удовлетворенности пациентов, недостаточная компетентность врачей по вопросам диспансерного наблюдения, отсутствие оценки приверженности лечению в диспансерных группах. К факторам, негативно

влияющим на результат диспансерного наблюдения, были причислены высокая занятость работающих, финансовое неблагополучие значительного числа пациентов диспансерных групп, плохая осведомленность пациентов о медицинских онлайн-сервисах, завышенная самооценка приверженности лечению, слабое взаимодействие врача и пациента. В связи с этим была поставлена цель разработать мероприятия, направленные на улучшение диспансерного наблюдения.

## Материалы и методы

Для достижения поставленной цели был проведен естественный эксперимент, в котором эффективность вводимых мер оценивалась относительно частоты экстренных госпитализаций, обращений за

## Реформы здравоохранения

скорой и неотложной помощью, доли пациентов, отмечающих обострения, среднего числа обострений у одного пациента, доли пациентов, взятых на диспансерный учет в течение 10 нед от установления диагноза, доли пациентов, ожидающих приема в очереди менее 20 мин, доли пациентов Д-групп, знающих схему и ожидаемые результаты лечения, а также время запланированного очередного посещения. Значимой считалась разница между относительными показателями и средними величинами при  $p < 0,05$ . Эксперимент был реализован на базе Клинико-диагностического центра № 3 Департамента здравоохранения г. Москвы.

### Результаты исследования

Через 18 мес от внедрения мер установлено снижение среднего числа экстренных госпитализаций (с 0,22 до 0,11;  $p = 0,008$ ), снижение среднего числа обращений за скорой и неотложной помощью (с 0,3 до 0,25;  $p = 0,03$ ), изменение структуры вызовов с перераспределением вызовов в сторону неотложной помощи (скорая от 0,27 до 0,07 вызовов;  $p = 0,006$ , неотложная — от 0,04 до 0,18;  $p = 0,005$ ). Уменьшилась (с 86 до 51,2%) доля пациентов, отмечающих обострения, а также среднее число обострений на одного пациента (с 2,2 до 1,2;  $p = 0,03$ ). Зафиксировано увеличение (с 7 до 66,9%) доли пациентов, обращающихся в запланированные сроки диспансерного посещения врача с профилактической целью. Доля пациентов, взятых на Д-учет в течение 10 нед с момента постановки диагноза (из числа подлежащих Д-наблюдению), увеличилась от 0 до 76%, доля пациентов Д-групп, ожидающих приема врача в очереди менее 20 мин, составила от 26 до 86%, прошедших адекватный медицинский осмотр — с 14 до 82%, знающих ожидаемые результаты лечения — от 0 до 54%, знакомых со схемой лечения — от 0,8 до 53%. Доля пациентов Д-групп, знающих время очередного запланированного посещения в рамках диспансерного наблюдения, увеличилась с 2,6 до 96%. По всем критериям имеется изменение показателей, которое является статистически значимым ( $p < 0,05$ ) между значениями до введения мер и после 18 мес их реализации.

Через 1,5 года внедрения мер сформировалась группа пациентов, имеющих высокую приверженность лечению. Причем среднее число посещений в год в данной группе пациентов значимо ( $t = 3,6$ ;  $p = 0,001$ ) уменьшилось (4,6±2,8 до введения мероприятий, 2,2±0,8 — 18 мес спустя) при отсутствии в течение года в этой группе обострений, обращений за скорой и неотложной помощью, экстренных госпитализаций в течение года.

### Обсуждение

Позитивные результаты внедрения объясняются комплексностью мер и их ориентацией на определенные недостатки. Так, для нивелирования недостатков нормативного регулирования организации диспансерного наблюдения были разработаны или внесены изменения в локальные нормативные акты.

В частности, утверждены правила ведения диспансерного наблюдения, которые включали в том числе разработку плана лечения врачом общей практики совместно с врачом-специалистом, консультации психолога для лиц с низкой приверженностью лечению, предоставление пациентам диспансерной группы индивидуальной Памятки пациента, ведение журнала диспансерной работы врача, оценка приверженности лечению. Также в положение о внутреннем контроле качества и положение об оплате труда введены критерии эффективности диспансерной работы врача.

Учитывая высокую долю пациентов, пропускавших посещения врача по причине собственной забывчивости, а также жалобы врачей на трудности при ручном формировании списков пациентов, подлежащих плановому осмотру, был создан автоматизированный регистр диспансерных больных с функцией формирования ежемесячных списков пациентов, подлежащих осмотру. Списки подлежащих осмотру формируются и предоставляются участковым медицинским сестрам ежемесячно для телефонного оповещения пациентов и согласования времени посещения врача.

В связи с низкой объективностью традиционных показателей отчетных форм для оценки диспансерной работы врача и медицинской организации были установлены дополнительные критерии и их показатели, определенные путем экспертной оценки в ходе собственного исследования. Для критерия «своевременность взятия на диспансерный учет» показателем эффективности стала доля взятых на диспансерный учет в течение 10 нед с момента установления диагноза не менее 80% опрошенных. К респондентам были отнесены пациенты диспансерных групп, фактически посетившие врача. Для критерия «время ожидания приема» показателем эффективности установлено 80% от опрошенных респондентов, ожидающих в очереди менее 20 мин. Для критерия «приверженность лечению» показателем эффективности стали 80% респондентов, знающих запланированные результаты лечения, 60% знающих схему лечения и 60% знающих дату очередного посещения в рамках диспансерного наблюдения. Сведения собирались сотрудниками центра здоровья при телефонном опросе не менее 10% пациентов диспансерных групп, фактически посетивших врача. Опросы выполнялись в отношении одного пациента один раз в год и в течение 1 мес после фактического посещения. Анализ результатов опроса осуществляли сотрудники организационно-методического отдела с предоставлением результатов анализа руководству и обсуждением на врачебных конференциях. Учитывая, что самооценка приверженности лечению завышена, для ее объективизации респондентам предложено указать дозировку и частоту постоянно принимаемых препаратов, препараты, отмена которых может вызвать ухудшение состояния здоровья, а также время очередного посещения лечащего врача.

Для повышения компетентности врачей в вопросах организации диспансерного наблюдения прове-

дено 12 занятий с периодичностью один раз в месяц по вопросам постановки и снятия с диспансерного учета, направления на консультации к врачам-специалистам, направления на специализированную медицинскую помощь, действий ведущего специалиста при пропуске очередного посещения пациентом, входящим в диспансерную группу. С целью повышения компетенции врачей в вопросах диагностики и лечения хронических заболеваний, формирующих основной контингент диспансерных больных, проведены тематические обучающие занятия, в том числе с применением дистанционных технологий, в течение 1 года. Также разработаны методические рекомендации для врачей по вопросам организации диспансерного наблюдения.

Одним из недостатков организации является позднее взятие под диспансерное наблюдение соответствующих пациентов. Средний промежуток между постановкой диагноза и взятием на учет составляет 4,1 года. Большой временной разрыв обусловлен тем, что обязанность по определению наличия оснований для диспансерного наблюдения возложена на врача. Для оптимизации сроков постановки на диспансерное наблюдение были разработаны критерии отнесения пациента к группе диспансерных больных по ХНИЗ, определяющим основную группу диспансерных больных. Вопрос о прекращении диспансерного наблюдения также решается наблюдающим врачом. Собственным исследованием установлено, что с диспансерного учета не снимаются лица, не подлежащие пожизненному наблюдению. Перечень состояний, не подлежащих пожизненному наблюдению, доведен до сведения врачей.

Помимо мероприятий по улучшению организации диспансерного наблюдения, были разработаны и внедрены мероприятия, призванные уменьшить воздействие внешних факторов. При опросе пациентов было установлено, что 56,3% респондентов работают. Для работающих пациентов традиционные часы работы поликлиники неудобны для посещения. В ходе опроса 8,8% респондентов указали выходные дни в качестве предпочтительного времени посещения лечащего врача, а 33,8% — рабочие дни после 18 часов. Для повышения посещаемости врачей пациентами диспансерных групп из числа работающих был организован прием врача по субботам в течение сокращенного рабочего дня.

Большинство респондентов не пользуются порталом ЕМИАС.инфо и производят запись на прием через инфоматы, что подразумевает посещение поликлиники дважды. Для повышения числа пациентов, записывающихся через портал ЕМИАС.инфо, была разработана инструкция для записи на прием к врачу. Инструкция выдавалась на руки пациентам при очередном посещении врача, она размещена на информационных стендах около медицинских кабинетов, информационных стойках, в холлах, размещена на портале медицинской организации.

Согласно данным собственного и иных исследований приверженности лечению, последняя зависит

от индивидуальных психологических характеристик пациента. Кроме того, в качестве причин несоблюдения рекомендаций 6,5% респондентов указали отсутствие доверия, 10,9% — отсутствие желания, 13% — нецелесообразность, 13% — предпочтительность самолечения. Поэтому для повышения приверженности лечению были организованы индивидуальные и групповые консультации с клиническим психологом, а также Школа ответственности за свое здоровье. Направление на консультацию к психологу осуществляли лечащие врачи, формат занятий определял психолог. Информирование о работе Школы осуществляли во время приема, по телефону, через информационные листовки и стенды, сайт медицинской организации. В работе Школы принимали участие врачи общей практики, врачи-специалисты, клинический психолог.

При опросе 8,7% респондентов указали, что не выполняют рекомендаций из-за отсутствия объяснений со стороны врача, 4,3% забывают полученные рекомендации, 13% путаются в назначениях врача. В связи с этим была разработана Памятка пациенту. Заполнение Памятки осуществлялось на очередном приеме при назначении нового плана лечения или коррекции имеющегося. Образец памятки размещен на сайте медицинской организации, являясь частью информационного блока для лиц, находящихся на диспансерном наблюдении. Обратная сторона Памятки содержала информацию о работе Школы ответственности за свое здоровье. Параллельно для врачей были введены обучающие групповые занятия психологическим основам взаимодействия врача и пациента. Занятия проводились клиническим психологом один раз в неделю в течение полугода.

### Заключение

Полученные в рамках настоящего исследования результаты свидетельствуют об эффективности разработанных мер. Реализация эксперимента на базе ординарной медицинской организации первичной медико-санитарной помощи, а также направленность мер на типичные недостатки диспансерного наблюдения позволяют надеяться на положительные результаты при их репликации.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бойцов С. А., Вылегжанин С. В. Профилактика неинфекционных заболеваний в практике участкового терапевта: содержание, проблемы, пути решения и перспективы. *Терапевтический архив*. 2015;87(1):4—9.
2. Маликов В. Е., Петрунина Л. В., Ступаков И. Н., Арзуманян М. А. Возвращаемость к трудовой деятельности и социальные аспекты у больных ИБС после операции аорто-коронарного шунтирования. *Бюллетень НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания*. 2015;16(3):170—8.
3. Зелионко А. В., Лучкевич В. С., Филатов В. Н., Мишквич И. А. Формирование групп риска населения по уровню гигиенической информированности и мотивированности к здоровьесберегающему поведению. *Гигиена и санитария*. 2017;96(4):313—9.

REFERENCES

1. Boitsov S. A., Vylegzhanin S. V. Prevention of noncommunicable diseases in a local therapist's practice: content, problems, solution ways, and prospects. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2015;87(1): 4—9 (in Russian).
2. Malikov V. E., Petrunina L. V., Stupakov I. N., Arzumanyan M. A. Back to work and social aspects in patients with coronary heart disease after coronary artery bypass grafting. *Byulleten' NCSSKH im. A. N. Bakuleva RAMN. Serdechno-sosudistye zabolevaniya*. 2015;16(3):170—8 (in Russian).
3. Zelionko A. V., Luchkevich V. S., Filatov V.N, Mishkich I. A. Formation of risk groups on the level of hygiene awareness and motivation to health-saving behavior among urban and rural residents. *Gigiena i sanitariya*. 2017;96(4):313—9 (in Russian).

Мингазова Э. Н.<sup>1</sup>, Ульянов Ю. А.<sup>2</sup>, Миргазизов М. З.<sup>3</sup>

## АНАЛИЗ ПРЕИМУЩЕСТВ СЕТЕВЫХ СТРУКТУР В СТОМАТОЛОГИИ

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко» Министерства науки и высшего образования России, 105064, г. Москва;<sup>2</sup>Стоматологический комплекс «ПрезиДент», 119021, г. Москва;<sup>3</sup>ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА РФ, 125371, г. Москва

*Проанализированы и выделены отдельные преимущества сетевых структур в здравоохранении на примере сети стоматологических клиник «ПрезиДент». Предложены различные подходы к определению принципов организации сетевых структур.*

*Ключевые слова:* сетевая структура; конкурентные преимущества; предпринимательские сети; частные стоматологические клиники.

**Для цитирования:** Мингазова Э. Н., Ульянов Ю. А., Миргазизов М. З. Анализ преимуществ сетевых структур в стоматологии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):432—435. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-432-435>

**Для корреспонденции:** Мингазова Эльмира Нурисламовна, д-р мед. наук, профессор, советник директора ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко», e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

Mingazova E. N.<sup>1</sup>, Uliyanov Yu. A.<sup>2</sup>, Mirgazizov M. Z.<sup>3</sup>

## THE ANALYSIS OF ADVANTAGES OF NETWORK STRUCTURES IN STOMATOLOGY

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Stomatological Complex «PresiDent», 119021, Moscow, Russia;<sup>3</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education of Continuing Professional Education «The Institute of Advanced Training» of the Federal Medical Biological Agency of Russia, 125371, Moscow, Russia

*The article analyzes and highlights particular advantages of network structures in health care as exemplified by the network of stomatological clinics «PresiDent». Various approaches to establishment of principles of organization of network structures are proposed.*

*Keywords:* network structure; competitive advantages; entrepreneur networks; private stomatological clinics.

**For citation:** Mingazova E. N., Uliyanov Yu. A., Mirgazizov M. Z. The analysis of advantages of network structures in stomatology. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018;26(6):432—435 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-432-435>

**For correspondence:** Mingazova E. N., doctor of medical sciences, professor, councilor of the Director of the Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health». e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

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

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

Received 09.04.2018  
Accepted 26.04.2018

В течение последних трех десятилетий в России началось развитие инновационных форм организации предпринимательской деятельности в сфере здравоохранения, инициировался процесс формирования бизнес-структур, работающих на основе развития сетевого взаимодействия и административной интеграции [1—5].

По итогам 2016 г., в России оказывают стоматологические услуги 41,5 тыс. медицинских организаций, которые в силу своей специфики крайне неоднородны по численности персонала и количеству обслуживаемых клиентов. Среди клиник, оказывающих стоматологические услуги, можно выделить следующие типы учреждений:

- одиночные стоматологические кабинеты и клиники;
- сети стоматологических клиник;
- многопрофильные медицинские центры, оказывающие, в том числе, стоматологические услуги [4, 5].

Отдельным конкурентным преимуществом сетей, в отличие от единичных структур, является управле-

ние процессами, а не отдельными функциями. Поэтому на основе добровольного и устойчивого сотрудничества сетевая структура приобретает форму совместного предпринимательства, франчайзинговых схем, различных контрактных и субконтрактных отношений и интегрированных объединений [5, 6].

Цель исследования — проанализировать и обобщить отдельные конкурентные преимущества сетевых структур и перспективы их использования в рамках сложившихся рыночных условий в медицинской сфере, в частности в отечественной стоматологии.

## Материалы и методы

Проанализированы действующие законодательные и нормативные правовые документы и современные источники литературы, определяющие отдельные преимущества сетевых структур в здравоохранении на примере отечественной стоматологии. В ходе исследования использовались следующие методы: изучение и обобщение опыта, аналитический, социологический, статистический.



### Результаты исследования

По оценкам маркетинговой компании BusinessStat, при исследовании рынка медицинских услуг выявлено, что в 2016 г. 104,4 млн человек (69,8% населения России) воспользовались стоматологическими услугами. По сравнению с 2015 г. численность пациентов стоматологических клиник в стране сократилась на 1,8%. Причиной спада показателя стало ухудшение экономической ситуации и сокращение реальных доходов населения. С другой стороны, участники рынка отмечали высокий уровень заболеваемости кариесом в стране среди взрослых и детей. Данный фактор сдерживал рынок от более серьезно сокращения.

По итогам 2016 г. объем рынка стоматологических услуг в России снизился на 2,1% относительно предыдущего года и составил 238,4 млн приемов. Пациенты старались сэкономить на услугах стоматологов и обращались в стоматологические клиники реже. В некоторых случаях пациенты оформляли лечение в кредит или в рассрочку. Распространенной практикой в условиях кризиса стала поэтапная оплата дорогостоящего стоматологического лечения [4].

При этом единичные стоматологические структуры значительно уступали сетевым в плане качества, широты спектра оказываемых услуг и ценовой политики. Внедрение сетевых структур открыло новые горизонты сервиса, комфортности и удовлетворенности пациентов медицинским обслуживанием, поэтому необходимо отдельное внимание уделить различным методологическим подходам к определению понятия «сеть», определяя отдельные особенности и принципы ее функционирования.

Мировая наука сегодня активно исследует явление формирования предпринимательских сетевых структур. Среди зарубежных авторов интерес вызывают исследования К. Альтера, К. Имаи, Я. Йохансона, М. Кастельса, В. Лауелла, А. Ларсона, Дж. Линкольна, Р. Майлза, Х. Хакансона и др. Проблемы организации сетевых структур, понятийный аппарат, факторы, способствующие объединению единичных предприятий в сети, и оценка их конкурентных преимуществ исследуются в научных трудах отечественных ученых: А. В. Банных, А. С. Маковоз, А. С. Мороз, Т. А. Пасечник, О. А. Сроковски и др.

В научных кругах существует много позиций относительно определения сущности понятия «бизнес-структуры» как сети. Отметим, что сети являются основным понятием сетевой экономики. Так, В. А. Баринев, Д. А. Жмуров отмечали, что «...сетью называются специальные организационные структуры управления локальным взаимодействием. Главными элементами являются «узлы» (компании или объекты хозяйствования) и связи между ними» [3]. По мнению Т. Баль-Вожняк, «сети как организации — это самоорганизующиеся структуры, прибегающие к решению проблемы путем координации, которая, вероятно, будет принята всеми участниками за счет получения синергического эффекта. Сети генерируют дополнительную ценность по сравне-

нию с количеством эффектов от индивидуальных действий» [5]. С. А. Бульба полагает, что «предпринимательские сети» — это объединение хозяйствующих субъектов одно- или разнопрофильных специализаций, деятельность которого определяется концентрацией капитала, локализацией усилий каждого звена на определенном сегменте развития, координацией рычагов внутреннего финансово-хозяйственного механизма с целью достижения определенных целей, общностью интересов владельцев капитала [7]. Сущность понятия «сетевая бизнес-структура» в подходе М. Кастельса трактовалась как «комплекс связанных узлов, конкретное содержание которых зависит от характера той или иной сетевой структуры» [8].

Таким образом, существуют различные трактовки понятия «сеть», однако приведенные формулировки в той или иной степени акцентируют внимание на специфике взаимосвязей между субъектами хозяйствования и конечной цели их создания, в частности, улучшении бизнес-процессов.

Согласно анализу первоисточников, отдельные сетевые принципы организации центров включают в себя:

- постоянное изменение и анализ внешней среды и необходимость адаптации к изменениям;
- повышение значимости временного фактора;
- расширение пространства сети;
- стремление к автономным формам труда;
- наличие межорганизационных систем информации и коммуникации [6].

Основными факторами стабильности и эффективности сети являются: устойчивость информационных связей (наличие общего сетевого информационного ресурса), согласованность действий участников сети, наличие и выполнение внутрисетевых стандартов, доверие между участниками сети или внутрисетевая корпоративная культура. В проведенных исследованиях внимание акцентируется на том, что важнейшим фактором достижения успеха функционирования этих структур является поддержка доверия между участниками сети и корпоративная культура их взаимодействия [7, 9].

Выделены преимущества сетевых бизнес-структур:

- финансовые (повышение возможности для привлечения инвестиций, получение синергического эффекта и др.);
- информационные (свободный обмен информацией между всеми участниками сети и др.);
- маркетинговые (повышение общего маркетингового потенциала и др.);
- управленческие (привлечение к сети лучших партнеров, исключение использования некомпетентных исполнителей и др.);
- научно-технологические (быстрое распространение ноу-хау и технологий среди членов сети и др.) [1—6].

Таким образом, сетевая организация работы стоматологических клиник позволяет консолидировать

в головном офисе сети основные управленческие блоки, к которым относятся:

- **блок медицинской методологии** — анализ передовых методик стоматологического лечения пациентов, подготовка методических рекомендаций по внедрению передовых методик в сети, сбор и систематизация информации о лечении пациентов, подготовка рекомендаций по корректировке методик лечения на основании анализа результатов лечения;
- **блок маркетинга и продаж стоматологических услуг** — анализ рынка и прогнозирование, развитие продаж сопутствующих продуктов, планирование продаж и продажи, реклама, маркетинг и PR;
- **блок управления качеством** — контроль работы персонала клиник, анализ претензий пациентов, анализ причин нарушений качества и подготовка предложений по системным изменениям в работе сети, проведение опросов пациентов на предмет удовлетворенности результатами лечения, выявление системных недостатков;
- **блок технического и хозяйственного обеспечения сети** — планирование и выполнение закупок оборудования и материалов, их хранение и распределение между клиниками, приобретение общехозяйственных материалов, обеспечение обслуживания оборудования и помещений сети;
- **блок стратегического развития сети** — планирование развития сети и открытия новых клиник — разработка стратегии развития, подготовка сделок слияния и поглощения, мониторинг развития сети конкурентов, инвестиционное планирование — привлечение инвестиций в развитие сети, контроль исполнения инвестиционной программы и др.;
- **блок финансово-экономический** — формирование бюджетов клиник, сбор информации и формирование управленческой отчетности, управление денежными потоками и контроль платежей;
- **блок управления персоналом** — мониторинг рынка труда, подбор и наем сотрудников, кадровый документооборот, управление адаптацией персонала, оценка развития, формирование кадрового резерва, формирование корпоративной культуры и организаций корпоративных мероприятий [1, 6, 9].

Формирование сетей зависит не только от рынка, но и от ресурсов. Поэтому сетевые компании наряду с собственными мощностями и персоналом используют на договорных условиях необходимые здания, транспортные средства, компьютерную технику и персонал других компаний. В рамках построения стратегии развития сетевой структуры необходимо учитывать финансовую и клиентскую составляющую, что повысит доступность и качество оказываемой медицинской помощи и удовлетворенность па-

циентов услугами стоматологических клиник [6, 7, 10].

### Обсуждение

Сетевые стоматологические клиники становятся наиболее перспективными, поскольку обладают рядом несомненных преимуществ по сравнению с малыми кабинетами и единичными частными учреждениями. В их числе:

- четкая ориентация на свой сегмент клиентов;
- наличие гибкой ценовой политики;
- обладание широкой географической распространённостью, что позволяет пациенту оставаться клиентом данной сети независимо от места работы или проживания.

Сетевые клиники имеют определенный перечень оказываемых услуг и стандартов лечения, которые распространяются на все филиалы, что также является несомненным преимуществом. Однако сетевые структуры сталкиваются с рядом сложностей в высококонкурентной среде: оптимизацией расходов, управлением трудовыми ресурсами, налаживанием единой структуры сети и поддержанием высоких стандартов оказания стоматологических услуг во всех филиалах [11].

Если говорить о роли использования сетевых структур в процессе эволюции сферы отечественной стоматологии в целом, то и здесь их значение очень велико. Такая тенденция аргументируется следующими обстоятельствами:

- с ростом конкуренции между сетями стоматологических клиник каждая из них стремится использовать новейшие технологии и материалы, позволяющие перенимать опыт зарубежных коллег, тем самым автоматически развивая данную сферу отечественной медицины;
- цены на стоматологические услуги складываются из ряда параметров (уровень квалификации врачей-стоматологов, расходы на используемые материалы, позиционирование клиники и ее техническое оснащение), что подталкивает руководителей сетевых стоматологических структур принимать на работу высококвалифицированный персонал, повышать уровень сервиса, расширять спектр и качество оказываемых услуг, что также способствует развитию отечественной стоматологии [11];
- многочисленные клиники, входящие в состав стоматологических частных сетей, — это существенный источник пополнения налогового фонда государства, что влияет на развитие государственной стоматологической помощи и способствует развитию стоматологического сектора РФ в целом.

Для создания наиболее комфортной ценовой политики для сети клиник и их клиентов по примеру зарубежных коллег российские стоматологи начали использовать два новейших подхода [8, 11]. Первый заключается в установлении невысоких тарифов, что обуславливает массовый приток пациентов и обширную клиентскую базу. Однако данный подход не

## Реформы здравоохранения

позволяет клинике в полной мере осуществлять принципы персонифицированной стоматологии, использовать дорогостоящие высокотехнологичные материалы и оборудование, оказывать услуги дополнительного сервиса. Второй подход определяет высокое качество предоставляемых стоматологических услуг. Здесь прибыль достигается не за счет количества клиентов, а благодаря высокой стоимости медицинской услуги, обусловленной использованием современного дорогостоящего оборудования, инструментария, высоких технологий и дополнительных услуг. На сегодняшний день оба подхода удачно реализуются действующими игроками на рынке частных стоматологических услуг, при этом пациентами таких центров могут стать люди с самыми разными финансовыми возможностями. Часть клиник составляют договор со страховыми медицинскими организациями и оказывают услуги в рамках программ медицинского страхования.

### Заключение

Переход частных клиник в сетевую бизнес-структуру положительно скажется на рентабельности и успешности их работы, на повышении качества сервиса и уровня доверия клиентов.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бабичева Г. С., Мнушко С. М. Анализ современных направлений развития рыночной деятельности аптечных предприятий. *Журнал клинической и лабораторной медицины*. 2009;4(1):7—10.
2. Баткилина Г. В., Гахокидзе Н. С. Предпринимательские сети в системе интеграционных связей малых и крупных предприятий как фактор реформирования экономики. *Бизнес-предложение: Информационно-аналитический журнал*. 2005;(6):34—9.
3. Баринов В. А., Жмууров Д. А. Развитие сетевых формирований в инновационной экономике. *Менеджмент в России и за рубежом*. 2007;(1):20—30.
4. Analysis of the market of dental services in Russia in 2011—2015, The forecast for 2016—2020. «BusinessStat» LLC. 2015. Access: <http://businessstat.ru>
5. Баль-Вожняк Т. Экономические сети как эффективные механизмы и координации инновационной деятельности. Сети как альтернативная система координации инновационной системы. М.; 2011;133—55.
6. Бобровский А. В. Сетевые медицинские организации: стратегия развития и особенности менеджмента. *Бюллетень сибирской медицины*. 2010;(6):155—9.
7. Бульба С. А. Экономическая сущность предпринимательских сетей. *Актуальные проблемы экономики*. 2010;(11):78—83.
8. Зыков А. А. Предпосылки формирования и проблематика функционирования сетевых форм организации в России. *Проблемы и перспективы управления экономикой и маркетингом в организации*. 2006;(6). <http://perspectives.ulmn.ru/?n=68y=2006&id=114>
9. Дяттерева С. В., Земляков А. А. К вопросу о содержании сетевых отношений и их месте в институциональной структуре национальной экономики. *Вестник Омского университета*. 2010;(1):110—5.
10. Дидкивская Л. И. Тенденции развития розничных торговых сетей и их влияние на конкурентную среду. *Актуальные проблемы экономики*. 2006;(8):119—25.
11. Korneyko O., Serova A. Assessment of the problems of regional business organizations in the market of dental services in crisis conditions. *International Journal of Applied and Basic Research*. 2015;(8):552—5.

Поступила 09.04.2018  
Принята в печать 26.04.2018

### REFERENCES

1. Babicheva G. S., Mnushko S. M. The analysis of modern directions of development of market activities of drugstore enterprises. *Zhurnal klinicheskoi i laboratornoi meditsiny*. 2009;4(1):7—10 (in Russian).
2. Batkiliina G. V., Gahokidze G. V. Entrepreneurial networks in the system of integration of small and large enterprises as a factor of economic reform. *Biznes predlozheniya*. 2005;(6):34—9 (in Russian).
3. Barinov V. A., Zhmurov D. A. Development of networked units in the innovation economy. *Menedzhment v Rossii i za rubezhom*. 2007;(1):20—30 (in Russian).
4. Analysis of the market of dental services in Russia in 2011—2015, The forecast for 2016—2020. «BusinessStat» LLC. 2015. Access: <http://businessstat.ru>
5. Bal'-Vozhnyak T. Economic networks as effective mechanisms and coordination of innovation activities. [*Seti kak al'ternativnaya sistema koordinacii innovacionnoj sistemoj*]. Moscow; 2011 (in Russian).
6. Bobrovskij A. V. Networked medical organizations: development strategy and management features. *Bulleten' sibirskoj mediciny*. 2010;(6):155—9 (in Russian).
7. Bul'ba S. A. The economic essence of entrepreneurial networks. *Aktual'nye problemy jekonomiki*. 2010;(11):78—83 (in Russian).
8. Didkivskaja L. I. Trends in the development of retail trade networks and their impact on the competitive environment. *Aktual'nye problemy jekonomiki*. 2006;(8):119—25 (in Russian).
9. Djagterjova S. V., Zemljakov A. A. On the issue of the content of network relations and their place in the institutional structure of the national economy. *Vestnik Omskogo universiteta*. 2010;(1):110—5 (in Russian).
10. Zykov A. A. Prerequisites for the formation and problems of the functioning of the network forms of the organization in Russia. *Problemy i perspektivy upravlenija jekonomikoj i marketingom v organizacii*. 2006;(6). <http://perspectives.ulmn.ru/?n=68y=2006&id=114> (in Russian).
11. Korneyko O., Serova A. Assessment of the problems of regional business organizations in the market of dental services in crisis conditions. *International Journal of Applied and Basic Research*. 2015;(8):552—5.

© Коллектив авторов, 2018  
УДК 614.2:618.1-06:616.155.194:061.661

**Воронина Е. В., Жусина Ю. Г., Будневский А. В., Саурина О. С., Натаров А. А., Лабжания Н. Б., Гребенникова Л. Г.**

## К ВОПРОСУ О РЕГИСТРЕ ПАЦИЕНТОК ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко» Минздрава России, 394036, г. Воронеж

*Самая распространенная причина железодефицитных состояний у женщин — обильные меноррагии, и, хотя диагностика анемии является простой задачей, нехватка знаний в области гематологии способствует распространению и усугублению анемических процессов. Внедрение регистра больных анемическим синдромом в практическую деятельность врачей всех специальностей является современным направлением в изучении данной патологии. Предлагаемая система управления лечебно-диагностическим процессом позволила оптимизировать сбор данных о заболевании, улучшить диагностический поиск, а также рационализировать лечение больных.*

*Ключевые слова:* регистр; анемия; анемический синдром; гинекологический стационар.

**Для цитирования:** Воронина Е. В., Жусина Ю. Г., Будневский А. В., Саурина О. С., Натаров А. А., Лабжания Н. Б., Гребенникова Л. Г. К вопросу о регистре пациентов гинекологического профиля с анемическим синдромом. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):436—439. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-436-439>

**Для корреспонденции:** Саурина Ольга Семеновна, д-р мед. наук, профессор, директор Института дополнительного профессионального образования Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко, e-mail: vn52@inbox.ru

*Voronina E. V., Jusina Yu. G., Budnevsky A. V., Saurina O. S., Natarov E. V., Labjaniya N. B., Grebennikova L. G.*

## ON THE ISSUE OF REGISTER OF PATIENTS OF GYNECOLOGICAL PROFILE WITH ANEMIA SYNDROME

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The N. N. Burdenko Voronezh State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, 394036, Voronezh, Russia

*The abundant menorrhagia is the most prevalent cause of iron-deficient conditions in women. Though diagnostic of anemia is a simple task deficiency of knowledge in the area of hematology favors spreading and aggravation of anemia processes. The implementation of the register of patients with anemia syndrome into practical activities of physicians of all specialties is a modern direction of studying the given pathology. The proposed system of management of treatment diagnostic process permitted to optimize data collection related to disease, to ameliorate diagnostic search and to rationalize treatment of patients.*

*Keywords:* register; anemia; anemia syndrome; gynecological hospital.

**For citation:** Voronina E. V., Jusina Yu. G., Budnevsky A. V., Saurina O. S., Natarov E. V., Labjaniya N. B., Grebennikova L. G. On the issue of register of patients of gynecological profile with anemia syndrome. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018;26(6):436—439 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-436-439>

**For correspondence:** Saurina O. S., doctor of medical sciences, professor, the head of the Institute of advanced professional education of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The N. N. Burdenko Voronezh State Medical University». e-mail: saurina051@mail.ru

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

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

Received 31.05.2017  
Accepted 26.04.2018

Анемический синдром является наиболее часто встречающейся патологией системы крови во врачебной практике. Патогенетические механизмы, особенности диагностики и лечения анемий изучены достаточно широко, однако специалисты нередко игнорируют факт снижения уровня гемоглобина и уделяют внимание только основному заболеванию по своему профилю. Поэтому лишь 10% процентов случаев снижения уровня гемоглобина отражается в диагнозе [1, 2]. Нехватка знаний в области гематологии и трансфузиологии у практикующих специалистов способствует распространению анемических состояний пациентов.

Задача врача любой специальности состоит в умении правильно интерпретировать результаты лабораторных исследований и при необходимости обращаться за консультацией к специалистам. Особенно важна эта проблема в гинекологии. У женщин, часто страдающих хроническими воспалительными заболеваниями, риск развития анемического синдрома

существенно выше. Качество жизни женщин с анемическим синдромом снижается за счет проявления таких неспецифических состояний, как ухудшение настроения, усталость, сонливость. Это приводит к нарушению концентрации внимания, ухудшению памяти.

Основная причина анемического синдрома у женщин репродуктивного возраста — менометроррагии. Группу повышенного риска составляют пациентки с эндометриозом, большим числом родов, фибромой или миомой матки. Реже дефицит железа может быть связан с нарушением его метаболизма.

Цель работы — научно обосновать оптимизацию сбора данных о структуре заболеваемости анемическим синдромом, маршрутизации пациентов и уменьшение экономических издержек.

### Материалы и методы

На базе гинекологического отделения Воронежской городской клинической больницы скорой ме-

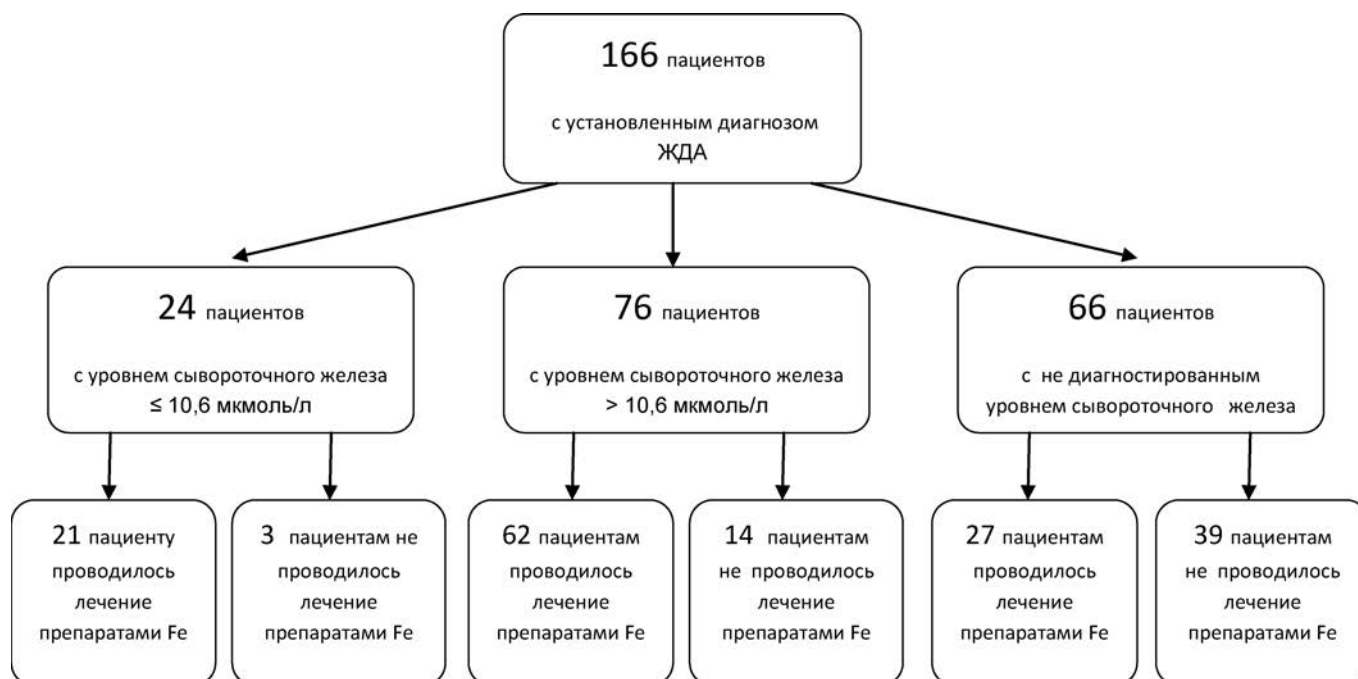


Рис. 1. Группа пациенток с установленным диагнозом ЖДА.

дицинской помощи № 1 с 2016 г. ведутся сбор данных о заболеваемости анемиями и анализ динамики этой патологии за время нахождения пациентов в стационаре. Разработан автоматизированный регистр больных с анемическим синдромом, позволяющий получать достоверную оперативную информацию о структуре заболеваемости анемическим синдромом в любом отделении многопрофильного медицинского учреждения. На компьютерную программу получено свидетельство № 2015662657 РФ [3]. Данные, хранящиеся в регистре, разделены на паспортную часть и результаты обследований. В регистр вносится подробная информация об объективных данных, имеющих прямое отношение к анемическому синдрому, сопутствующих заболеваниях и предшествующей терапии. Все данные лабораторных и инструментальных методов обследования, проведенных за время госпитализации, отражаются в полях соответствующего раздела. Достоверность первичных данных контролируется на основании протоколов диагностики и лечения заболеваний, сопровождающихся анемическим синдромом. Среди болезней крови и кроветворных органов фиксируются коды D50—D53, D55—D59, D60—D64. Внесение в регистр данных о пациентах из историй болезни проводится лицами, которые имеют право доступа к подобной информации, с помощью индивидуального логина и пароля.

### Результаты исследования

В регистр были включены данные о 217 женщинах с уровнем гемоглобина ниже 120 г/л. Средний возраст обследованных составил 53,5 года (минимум 18 лет, максимум 89 лет). Наиболее частыми показаниями для госпитализации были обильные, частые и

нерегулярные менструации и доброкачественные новообразования яичника (табл. 1).

Среди 217 больных с анемическим синдромом диагноз железодефицитной анемии (ЖДА) был выставлен как сопутствующее заболевание 166 женщинам, среди них одной пациентке в сочетании с ЖДА и В<sub>12</sub>-дефицитной анемией. Уровень сывороточного железа определен у 100 женщин этой группы, при этом низкий уровень сывороточного железа диагностирован лишь в 24 случаях. Препараты железа получали женщины с нормальным и с низким уровнем сывороточного железа. Часть пациенток получали препараты железа без предварительного лабораторного исследования уровня сывороточного железа. Необоснованными были также и рекомендации по дальнейшему приему препаратов железа на амбулаторном этапе (рис. 1).

Вторую группу составили женщины с сопутствующим диагнозом ЖДА вследствие мено-метроррагии. Среди 26 пациенток уровень сывороточного же-

Показания для госпитализации женщин с анемическим синдромом

Код МКБ	Диагноз	Частота встречаемости, %
N92	Обильные, частые и нерегулярные менструации	31
D27	Доброкачественное новообразование яичника	12
N83	Невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки	9
N75	Болезни бартолиновой железы	6
N94	Болевые и иные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом	6
D26	Другие новообразования матки	5
D25	Лейомиома матки	4
N70	Сальпингит и оофорит	3
—	Прочие заболевания	24

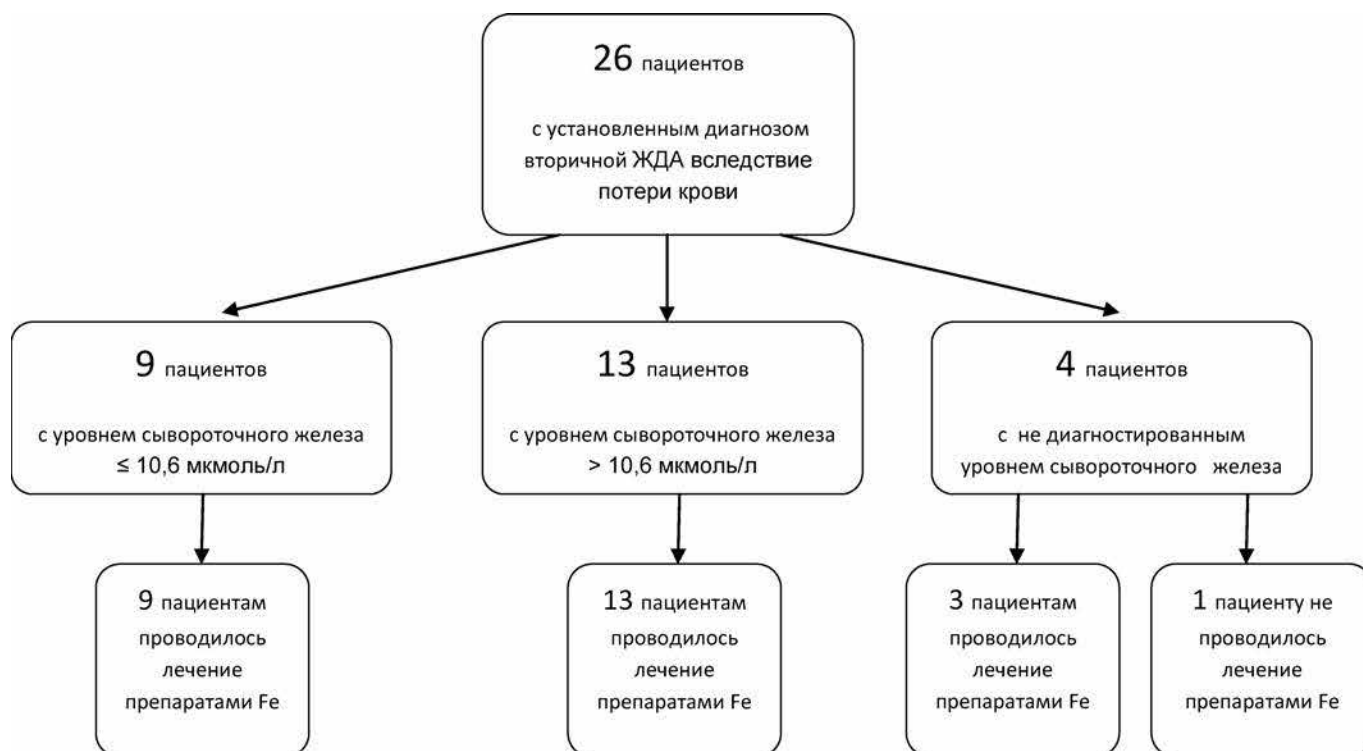


Рис. 2. Группа пациенток с установленным диагнозом вторичной ЖДА вследствие потери крови.

железа ниже 10,7 мкмоль/л диагностирован у 9, им проведено лечение препаратами железа и были даны соответствующие рекомендации при выписке. Пациентки с нормальным содержанием сывороточного железа, а также с недиагностированным показателем получали препараты железа (рис. 2).

Третью группу составили 25 пациенток с анемией, не отраженной в сопутствующем диагнозе. Среди них лишь у 4 женщин отмечалась гипоферремия, а препараты железа были назначены 15 пациенткам данной группы (рис. 3).

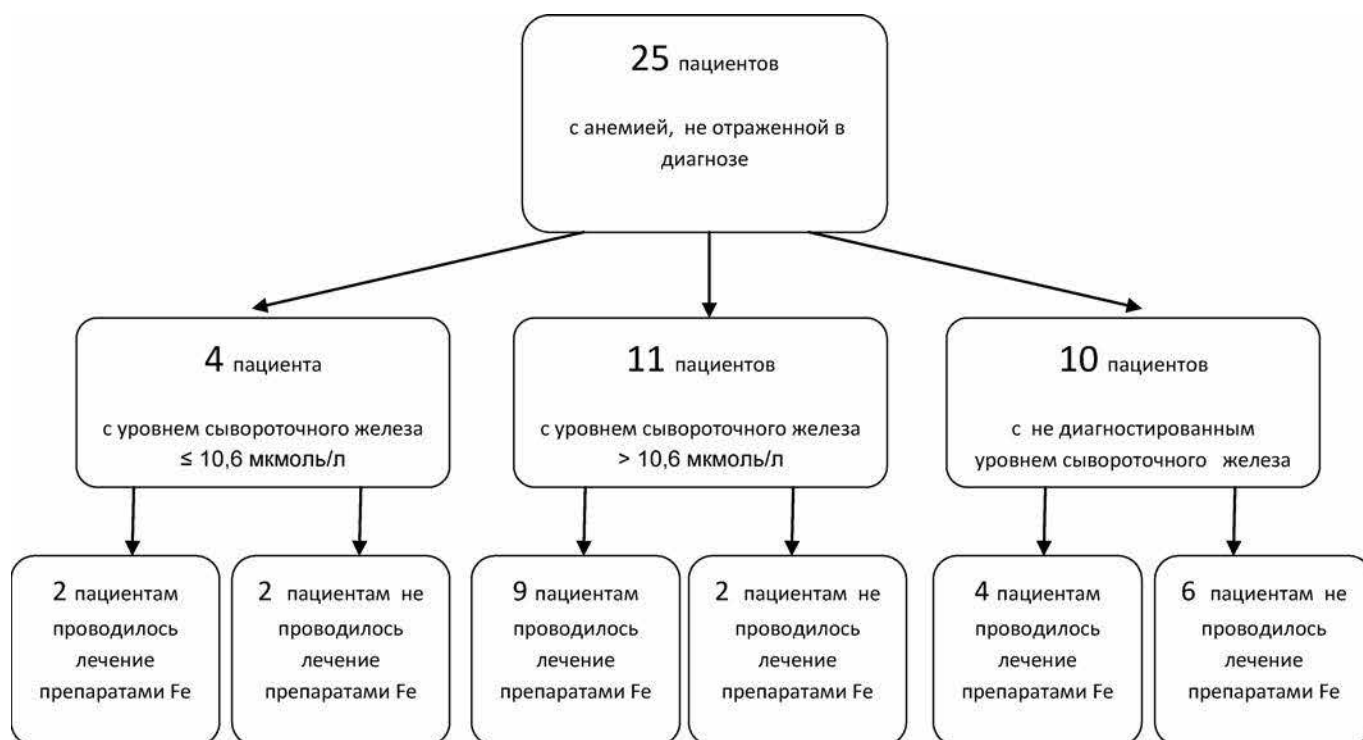


Рис. 3. Группа пациенток с анемией, не отраженной в диагнозе.

## Реформы здравоохранения

Уровень ферритина, являющегося показателем запасов железа в организме и одним из основных дифференциально-диагностических тестов железодефицита, не определялся ни у одной пациентки гинекологического отделения. Установление диагноза ЖДА и назначение препаратов железа можно считать необоснованным у большинства обследованных женщин.

Регистр предполагает внесение информации о других симптомах ЖДА (проявления сидеропенического синдрома, расстройства чувствительности, атаксии, парестезии, изменение цвета языка, снижение аппетита, затруднение глотания). Однако данные первичного осмотра пациенток не отражали наличия этих симптомов в истории болезни.

### Заключение

Среди пациенток гинекологического отделения с уровнем гемоглобина ниже 120 г/л диагноз ЖДА был выставлен в качестве сопутствующего заболевания 166 госпитализированным женщинам (76%). Диагноз можно считать обоснованным только у 24 (11%) пациенток на основании диагноза гипохромии.

Пациенткам с мено-метроррагиями даже при высоком уровне сывороточного железа в план обследования должны быть включены показатели обмена железа, позволяющие подтвердить наличие ЖДА и выявить латентный дефицит железа при уровне гемоглобина более 120 г/л.

Протокол ведения больных ЖДА, разработанный для амбулаторно-поликлинического звена (ГОСТ Р 52600.4—2008), предполагает обязательное исследование уровня гемоглобина, числа эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, расчет цветового показателя и среднего содержания гемоглобина в эритроците, наличие анизоцитоза и пойкилоцитоза. В диагностический минимум входит определение таких показателей обмена железа, как уровень сывороточного железа, общая железосвязывающая способность сыворотки и содержание сывороточного ферритина. В настоящее время не существует единых стандартов оказания помощи больным ЖДА в условиях стационара. Диагностика анемического синдрома для большинства больных

ограничивается неполным исследованием общего анализа крови и выборочным определением уровня сывороточного железа. Данные показатели не позволяют установить диагноз ЖДА, а также ограничивают диагностический поиск других нозологических форм анемий.

Отсутствие единого протокола и стандартов оказания медицинской помощи больным с анемическим синдромом в условиях непрофильного стационара влечет за собой не всегда адекватное клинической ситуации назначение препаратов железа. При этом в круг дифференциально-диагностического поиска другие нозологические формы анемий не включаются.

Внедрение регистра в работу всех отделений многопрофильной больницы позволит повысить контроль качества оказания медицинской помощи больным с анемическим синдромом. Разработка единых клинических рекомендаций по ведению пациентов с анемическим синдромом в условиях многопрофильного стационара позволит минимизировать число диагностических и терапевтических ошибок.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Белошевский В. А., Минаков Э. В. Анемии. Воронеж: Изд-во им. Е. А. Болховитинова; 2003.
2. Будневский А. В., Есауленко И. Э., Овсянников Е. С., Лабжания Н. Б., Воронина Е. В., Чернов А. В. Анемический синдром у больных внебольничной пневмонией. *Клиническая медицина*. 2016;94(1):56—60.
3. Будневский А. В., Есауленко И. Э., Овсянников Е. С., Жусина Ю. Г. Анемии при хронической обструктивной болезни легких. *Терапевтический архив*. 2016;88(3):96—9.

Поступила 31.05.2017  
Принята в печать 26.04.2018

### REFERENCES

1. Beloshevskii V. A. The anemia [Anemii]. Voronezh: Izd-vo im. E. A. Bolhovitinova; 2003 (in Russian).
2. Budnevsky A. V., Esaulenko I. E., Ovsyannikov E. S., Labzhaniya N. B., Voronina E. V., Chernov A. V. Anemic syndrome in patients with community-acquired pneumonia. *Klinicheskaya meditsina*. 2016;94(1):56—60 (in Russian).
3. Budnevsky A. V., Esaulenko I. E., Ovsyannikov E. S., Zhusina Yu. G. Anemias in chronic obstructive pulmonary disease. *Terapevticheskii arkhiv*. 2016;88(3):96—9 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2018  
УДК 614.2:615.2/3.035

**Мильчаков К. С., Косаговская И. И., Кобяцкая Е. Е., Розалиева Ю. Ю.**

## **ДИНАМИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ БАЛАНСА ПОЛЬЗА/РИСК В СИСТЕМЕ ФАРМАКОНАДЗОРА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЗОНЫ ЕВРАЗИЙСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЮЗА**

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

*«Талидомидовая трагедия» послужила толчком к развитию современной системы фармаконадзора, заставив многие страны пересмотреть существующую практику лицензирования лекарственных средств. Фармаконадзор является отраслью науки и бизнеса, занимающейся обнаружением, оценкой, пониманием и предупреждением побочных эффектов препаратов и иных проблем, связанных с лекарствами. Предназначение специалистов по фармаконадзору состоит в повышении безопасности пациентов и улучшении ухода за ними, обеспечении охраны общественного здоровья и безопасности при применении различных препаратов, а также в продвижении понимания, осведомленности и эффективных коммуникаций с работниками здравоохранения и общественностью.*

*Цель статьи заключается в описании регламента фармаконадзора для фармацевтических производителей на территории Российской Федерации, а также основной отчетности производителя и ее периодичности, необходимой для проведения оценки польза/риск для лекарственных препаратов.*

*Благодаря непрерывному и строгому осуществлению всех описанных в данном обзоре действий в России и в ЕАЭС в настоящее время активно функционирует строго регламентированная система фармаконадзора, которая задействует всех заинтересованных субъектов обращения лекарственных средств (производителей и держателей регистрационных удостоверений, медицинские организации и медицинских работников, пациентов и регулирующие органы).*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** фармаконадзор; мониторинг безопасности лекарственных препаратов; сигнал.

**Для цитирования:** Мильчаков К. С., Косаговская И. И., Кобяцкая Е. Е., Розалиева Ю. Ю. Динамический мониторинг баланса польза/риск в системе фармаконадзора Российской Федерации и зоны Евразийского экономического союза. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2018;26(6):440—446. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-440-446>

**Для корреспонденции:** Мильчаков Кирилл Сергеевич, канд. мед. наук, доцент Высшей школы управления здравоохранением ПМГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), e-mail: [milchakovks@hsha.ru](mailto:milchakovks@hsha.ru)

**Milchakov K. S., Kosagovskaya I. I., Kobiyatskaya E. E., Rosalieva Yu. Yu.**

## **THE DYNAMIC MONITORING OF BENEFIT/RISK BALANCE IN THE SYSTEM OF PHARMACOLOGICAL CONTROL**

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, 119991, Moscow, Russia

*«The thalidomide tragedy» served as a push for developing modern system of pharmacological control forcing many countries to revise actual practice of medications' licensing. The pharmacological control is a sector of science and business being engaged in detection, evaluation, interpretation and prevention of side-effects of medications and other problems related to pharmaceuticals. The predestination of specialists of pharmacological control is in increasing safety of patients and amelioration of caring, ensuring public health and safety in case of application of various medications. Their predestination also includes promoting understanding, awareness and effective communications related to health care specialists and community.*

*The article considers regulations of pharmacological control at the territory of the Russian Federation and also main accounting of producer and its periodicity needed for implementation of evaluation of benefits/risks for pharmaceuticals.*

*Nowadays, owing to continuous and strict implementation of all activities in the Russian Federation and the Eurasian Economic Union described in this review, a strictly regulated system of pharmacological control is functioning. This system enables all interested subjects of turnover of pharmaceuticals (manufacturers and holders of registration certification, medical organizations and medical professionals, patients and regulating agencies).*

**К e y w o r d s :** pharmacological control; monitoring; safety; medications; pharmaceuticals; signal.

**For citation:** Milchakov K. S., Kosagovskaya I. I., Kobiyatskaya E. E., Rosalieva Yu. Yu. The dynamic monitoring of benefit/risk balance in the system of pharmacological control. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018;26(6):440—446 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-440-446>

**For correspondence:** Milchakov K. S., candidate of medical sciences, associate professor of the High School of Health Care Management of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University». e-mail: [milchakovks@hsha.ru](mailto:milchakovks@hsha.ru)

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

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

Received  
Accepted

В Российской Федерации система фармаконадзора (ФН) имеет практически полувековую историю, однако ее эффективность значительно пострадала в результате череды реорганизаций. Изначально мониторингом безопасности применения лекарствен-

ных препаратов (ЛП) был Отдел учета при Минздраве СССР (1969), который приказом Минздрава СССР № 333 от 12.10.1973 г. был преобразован во Всесоюзный организационно-методический центр по изучению побочных действий лекарств



## Реформы здравоохранения

(ВЦПДЛС) [1]. В соответствии с данным приказом министрам здравоохранения союзных республик предписывалось обязать лечебно-профилактические учреждения регистрировать выявляемые побочные реакции и немедленно информировать о них по установленной форме Управление по внедрению новых лекарственных средств и медицинской техники. В конце 1991 г. вместе с упразднением Минздрава СССР был ликвидирован ВЦПДЛС, и мониторинг нежелательных реакций (НР) был полностью оставлен на почти 7-летний период [2].

Медицинские работники и население лишились возможности получать достоверную и всестороннюю информацию о безопасности лекарств. Одновременно с этим средства массовой информации начали довольно агрессивную рекламную кампанию далеко не безопасных ЛП, ничего не сообщая о возможных побочных реакциях. Политика «открытых дверей» и свободного фармацевтического рынка привела к регистрации в России большого количества ЛП без достаточных клинических испытаний и контроля [3].

Таким образом, сложившаяся в стране ситуация требовала немедленного воссоздания национального центра по изучению безопасности ЛП, поскольку Россия оказалась единственной страной в Европе, где такого центра не было.

В течение 5 лет Международный фонд по эффективным и безопасным лекарствам (МФЭБЛ) выступал с инициативой о воссоздании центра. Минздрав поддержал МФЭБЛ, и 14.04.1997 г. приказом № 114 был создан Федеральный центр по изучению побочных действий лекарств Министерства здравоохранения РФ (ФЦИПБЛС) [1]. В первый год работы Центра были подготовлены и направлены во все субъекты Федерации «Методические рекомендации по организации работы Региональных центров по контролю побочных действий лекарственных средств». Благодаря активности Региональных центров было получено небольшое количество первых спонтанных сообщений о НР, часть из них нашли отражение в информационном бюллетене «Безопасность лекарств». ФЦИПБЛС Минздрава РФ направил соответствующие сообщения о побочных реакциях ЛП в Сотрудничающий Центр ВОЗ по мониторингу лекарств (г. Уппсала, Швеция), который высоко оценил качество работы центра и рекомендовал штаб-квартире ВОЗ принять Россию в международную программу ВОЗ по мониторингу лекарств. Официальное принятие России 48-м членом указанной программы состоялось 2 декабря 1997 г. [1].

В 2007 г. ФЦИПДЛС был преобразован в Федеральный центр мониторинга безопасности лекарственных средств. В 2008 г. Росздравнадзором была создана единая автоматизированная информационная система (АИС-РЗН), которая впоследствии стала централизованной базой данных по НР в России. Согласно новому законодательству, источниками спонтанных сообщений являются все субъекты обращения ЛП (физические лица — врачи, фармацевтические работники, пациенты и потребители, юри-

дические лица — производители, держатели регистрационных удостоверений на ЛП, юридические лица, осуществляющие деятельность при обращении ЛП) [4].

С 2008 г. в России активно начали создаваться региональные центры мониторинга безопасности лекарственных средств (РЦМБЛС). Росздравнадзор в это время издал ряд рекомендательных писем по организации системы фармаконадзора в РФ, в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) было предложено ввести форму-извещение о НР, эта форма была размещена на официальном сайте Росздравнадзора<sup>1</sup>.

12 апреля 2010 г. вступил в силу новый федеральный закон № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»<sup>2</sup>. В соответствии с ним все субъекты, находящиеся на территории РФ, были обязаны сообщать в Росздравнадзор обо всех случаях побочных реакций, развивающихся в ответ на применение ЛП, в том числе не указанных в инструкции по применению ЛП, о серьезных нежелательных реакциях (СНР), непредвиденных нежелательных реакциях, об особенностях взаимодействия с другими ЛС, которые были выявлены в ходе проведения клинических исследований, пострегистрационных исследований и при применении ЛП. Порядок осуществления мониторинга безопасности ЛП был регламентирован Приказом Минздравсоцразвития № 757<sup>3</sup>. Одновременно с ним были приняты еще два важных приказа, без которых ФН не смог бы полноценно функционировать<sup>4</sup>.

Законом № 429-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» были регламентированы стандарты деятельности системы ФН, которые актуальны на данный момент. Этот Закон придал легальный ста-

<sup>1</sup> «О создании региональных центров мониторинга безопасности лекарственных средств». Информационное письмо Росздравнадзора № 01И-29А/08, вступило в силу 29.01.2008; «О проведении мониторинга безопасности лекарственных средств». Информационное письмо Росздравнадзора № 0И-455/08, вступило в силу 22.07.2008; «О неблагоприятных побочных реакциях лекарственных средств». Информационное письмо Росздравнадзора № 01И-518/08, вступило в силу 15.08.2008; «Об информационных письмах Росздравнадзора по вопросам мониторинга безопасности лекарственных средств». Информационное письмо Росздравнадзора № 04—1192/11, вступило в силу 28.11.2011.

<sup>2</sup> «Об обращении лекарственных средств». Федеральный закон № 61-ФЗ, принят Государственной Думой 12 апреля 2010 г.

<sup>3</sup> «Об утверждении порядка осуществления мониторинга безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения, регистрации побочных действий, серьезных нежелательных реакций, непредвиденных нежелательных реакций при применении лекарственных препаратов для медицинского применения». Приказ Минздравсоцразвития России от 26 августа 2010 г. № 757н, зарегистрирован Минюстом России 31 августа 2010. № 8324.

<sup>4</sup> «Об утверждении Порядка приостановления применения лекарственного препарата для медицинского применения». Приказ Минздравсоцразвития России от 26 августа 2010 г. № 758н, зарегистрирован Минюстом России 31 августа 2010 г. № 18325; «Об утверждении формы документа, содержащего результаты мониторинга безопасности лекарственного препарата для медицинского применения в целях подтверждения его государственной регистрации». Приказ Минздравсоцразвития России от 26 августа 2010 г. № 749н, зарегистрирован Минюстом России 31 августа 2010 г. № 18304.

## Нормативно-правовая база фармаконадзора

Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» Правила надлежащей практики фармаконадзора ЕАЭС, утвержденные Советом Евразийской экономической комиссии 03.11.2016 № 87	В соответствии с данным приказом все субъекты, находящиеся на территории РФ, обязаны сообщать в Росздравнадзор обо всех случаях побочных реакций, развивающихся в ответ на применение ЛП, в том числе не указанных в инструкции по применению ЛП, о серьезных НР, непредвиденных НР, об особенностях взаимодействия с другими ЛС, которые были выявлены в ходе проведения клинических исследований, пострегистрационных исследований и при применении ЛП. Документ регламентирует: — требования к системе качества; — мастер-файл системы ФН; — инспектирование системы ФН; — аудит системы ФН; — систему управления рисками; — организацию работы с информацией о НР на ЛП; — составление Периодического обновляемого отчета по безопасности (ПООБ); — управление сигналами; — пострегистрационные исследования безопасности ЛП; — меры минимизации рисков; — дополнительный мониторинг.
Приказ Росздравнадзора от 15.02.2017 № 1071 «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора» (зарегистрирован Минюстом России 20.03.2017 № 46039)	Порядок, утвержденный приказом, включает расширенные требования к срочному представлению в Росздравнадзор держателями регистрационных удостоверений сообщений о НР и других проблемах безопасности ЛП (экспресс-отчетности), гармонизированные с нормами GVP ЕАЭС и GCP ЕАЭС. Устанавливается новая форма периодических отчетов по безопасности ЛП, подлежащих представлению в Росздравнадзор держателями регистрационных удостоверений. Держатель регистрационного удостоверения должен самостоятельно давать оценку соотношения польза/риск для каждого ЛП. Оценка должна носить непрерывный характер на протяжении всего жизненного цикла ЛП в целях обеспечения защиты здоровья населения и повышения безопасности пациентов посредством реализации эффективных мер по минимизации рисков, связанных с медикаментозной терапией. Вводятся Отчеты о безопасности разрабатываемых ЛП (РООБ) для ЛП, изучаемых в клинических исследованиях, представляемые в Росздравнадзор организациями, на имя которых выданы разрешения на проведение клинических исследований. Порядок также предусматривает разработку держателями регистрационных удостоверений Плана управления рисками (ПУР), предоставляемых держателями регистрационных удостоверений при изменении соотношения пользы и риска применения ЛП. ПУР может быть запрошен Росздравнадзором.

тус надлежащей практике ФН (Good Pharmacovigilance Practice — GVP), которая является гарантией эффективности, безопасности и качества обращения и применения ЛП<sup>5</sup>. В связи с этим Росздравнадзором был подготовлен приказ «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора» от 15.02.2017 № 1071<sup>6</sup>, гармонизированный с правилами GVP и Надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice — GCP) Евразийского экономического союза (ЕАЭС). В соответствии с этим приказом ФН осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) путем анализа представляемой субъектами обращения ЛС информации о побочных действиях ЛС, НР, СНР, непредвиденных НР при применении ЛП, об индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности ЛП, а также об иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни или здоровью человека при применении ЛП, выявленных на всех этапах их обращения в Российской Федерации и других государствах в целях выявления возможных негативных последствий применения, индивидуальной непереносимости, предупреждения и защиты медицинских работников и пациентов.

Основные документы, регламентирующие на данный момент деятельность системы ФН в РФ, приведены в таблице.

<sup>5</sup> Правила надлежащей практики фармаконадзора (GVP) Евразийского экономического союза, утвержденные Советом Евразийской экономической комиссии 03.11.2016 2016 № 87. Электронный ресурс. Режим доступа: [https://docs.eaeunion.org/docs/ru-ru/01411924/cncd\\_21112016\\_79](https://docs.eaeunion.org/docs/ru-ru/01411924/cncd_21112016_79), дата обращения 08.11.2018.

<sup>6</sup> «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора». Приказ Росздравнадзора от 15 февраля 2017 г. № 1071, зарегистрирован Минюстом России 20 марта 2017 г. № 46039, вступил в силу 1 апреля 2017 г.

### Ответственность фармацевтического производителя при ведении динамического мониторинга баланса польза/риск

Приказом «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора» от 15.02.2017 № 1071 регламентированы:

- организация экспертизы поступающих в Росздравнадзор данных о безопасности ЛП в подведомственной экспертной организации Росздравнадзора;
- детальные требования к срочному сообщению отдельных видов нежелательных реакций для держателей регистрационных удостоверений (РУ), организаций, проводящих клинические исследования (КИ), и медицинских организаций;
- требования к предоставлению периодических отчетов по безопасности зарегистрированных ЛП (ПООБ) и отчетов по безопасности ЛП, изучаемых в клинических исследованиях (РООБ);
- требования к держателям регистрационных удостоверений предоставлять в Росздравнадзор ПУР при выявлении новых проблем безопасности ЛП;
- гармонизированные с руководствами The International Council for Harmonisation (ICH) и GVP ЕАЭС формы основных документов в области информирования о НР (извещение о НР на зарегистрированный ЛП, извещение о НР на препарат в клиническом исследовании, ПООБ, РООБ, ПУР).

Информация о системе ФН держателя регистрационного удостоверения (ДРУ) должна содержаться в мастер-файле системы фармаконадзора (МФСФ).

## Реформы здравоохранения

МФСФ представляет собой подробное описание системы ФН и процедур обеспечения безопасности, которые предприятие выполняет при создании продукта. МФСФ позволяет убедиться, что система ФН внедрена и осуществляется согласно требованиям законодательства государств — членов ЕАЭС, подтвердить соответствие системы действующим требованиям, получить информацию о недостатках системы и о рисках или неэффективности выполнения определенных направлений деятельности по ФН. Именно МФСФ в первую очередь изучают внутренние и внешние аудиты по ФН. Содержание МФСФ подробно описано в третьей главе Правил надлежащей практики ФН ЕАЭС.

ДРУ обязаны организовать и надлежащим образом осуществлять следующую деятельность:

- выполнение постоянного мониторинга данных по ФН, при необходимости разработку и внедрение мер по минимизации рисков, оценку полученных данных по безопасности вне зависимости от источника их получения (включая сведения, полученные со стороны пациентов, медицинских и фармацевтических работников, а также публикации, найденные в медицинских источниках, и данные, полученные в ходе проведенных пострегистрационных исследований);
- проведение оценочной деятельности всей полученной информации по профилю безопасности зарегистрированного ЛП, включая информацию о НР, развившихся в том числе при применении с нарушением инструкции по медицинскому применению препарата (ИМП);
- выполнение требований, установленных законодательством, по предоставлению в уполномоченный орган соответствующей информации о случаях НР и иной информации по безопасности ЛП; с целью надлежащего выполнения данной функции и обеспечения качества, целостности и полноты предоставляемой информации, надлежащей валидации сигналов, а также исключения дублирования сообщений должны быть разработаны и внедрены соответствующие стандартные операционные процедуры (СОП);
- эффективную взаимосвязь с уполномоченными органами, обеспечивая в полной мере информирование об изменениях профиля безопасности ЛП и новых рисках, мастер-файле системы ФН, системы управления рисками, мер, необходимых для минимизации риска, периодически обновляемого отчета по безопасности, корректировочных и предупредительных мерах, пострегистрационных исследованиях по безопасности;
- обеспечение соответствия информации о ЛП (в том числе ИМП) современному уровню научных знаний;
- своевременное обеспечение медицинских работников и пациентов информацией по безопасности [5].

Формы нормативных документов и требования к спонтанной и срочной отчетности регламентируются Приказом «Об утверждении порядка осуществления фармаконадзора».

Важнейшим этапом жизненного цикла ЛП является пострегистрационный период. Соотношение польза/риск — динамический показатель, изменяющийся с увеличением опыта применения препарата.

### Стандартизованная отчетность фармацевтического производителя

Формами основных документов, позволяющих постоянно проводить анализ польза/риск зарегистрированных ЛП, являются:

- периодический отчет по безопасности зарегистрированных ЛП (ПООБ);
- отчет по безопасности ЛП, изучаемых в клинических исследованиях (РООБ);
- план управления рисками (ПУР).

ПООБ и ПУР являются основными пострегистрационными документами ФН. Главной целью ПООБ является интегрированная пострегистрационная оценка риска и пользы, в то время как целью ПУР является пре- и пострегистрационное управление балансом риска и пользы, а также планирование. Таким образом, данные документы являются взаимодополняющими [5].

ПООБ (Periodic Safety Update Report — PSUR) ЛП должен разрабатываться и подаваться каждые 6 мес в течение первых 2 лет после получения регистрационного удостоверения на препарат, затем в течение 2 лет ежегодно, а после этого с пятого года регистрации — каждые 3 года. Срок подачи ПООБ составляет не более 90 календарных дней с даты окончания сбора данных. Основной функцией ПООБ является предоставление оценки польза/риск для конкретного препарата за определенный период его пострегистрационного использования (отчетный период). По результатам оценки ПООБ принимается решение о необходимости проведения дополнительных мер по минимизации рисков (если необходимо) [5].

Держатель регистрационного удостоверения должен готовить ПООБ на все зарегистрированные препараты по всем одобренным показаниям, формам выпуска и дозировкам.

ПООБ включает в себя кумулятивные данные о безопасности и эффективности применения препарата с момента его первой регистрации, а также новые данные по безопасности ЛП, полученные в течение отчетного периода [5].

ПУР (risk management plan) содержит информацию, которая определяет и характеризует профиль безопасности ЛП, является документальным подтверждением принятых мер по предотвращению или минимизации рисков, связанных с применением ЛП, включая оценку эффективности данных мероприятий. ПУР является самостоятельным, динамично изменяющимся документом, который должен обновляться на протяжении всего жизненного цикла ЛП. ПУР направляется в Росздравнадзор в тече-

ние 60 рабочих дней после получения от регулятора запроса о необходимости его разработки.

После получения плана Росздравнадзор направляет его на экспертизу в экспертную организацию для определения достаточности предлагаемых мероприятий для предотвращения вреда жизни и здоровью граждан при применении ЛП. По итогам экспертизы Росздравнадзор направляет держателю регистрационного удостоверения ЛП уведомление о согласовании ПУР либо уведомление о необходимости внесения изменений в него. Структура ПУР подробно представлена в разделе 6.2.4 Правил.

### **Экспресс-отчетность организаций, на имя которых выдано разрешение на проведение КИ**

В течение 7 календарных дней необходимо подать извещения о летальных или угрожающих жизни серьезных непредвиденных НР на исследуемый ЛП в России.

В течение 15 календарных дней следует информировать о:

- иных серьезных непредвиденных НР на исследуемый ЛП, выявленных в КИ, разрешенных к проведению в России;
- угрозе жизни и здоровью вследствие неэффективности ЛП;
- превышении частоты серьезных НР на исследуемый ЛП по сравнению с описанной в документации КИ;
- угрозе жизни и здоровью, выявленной в ходе доклинических и иных клинических исследований ЛП.

Реакции, связанные с плацебо, не подлежат отчетности, реакции на зарегистрированный ЛП направляются в порядке постмаркетинговой экспресс-отчетности [1].

### **Каналы поступления и подходы к оценке сигналов**

Одним из ключевых этапов в системе ФН является обработка поступающих сигналов о безопасности применения ЛП. Согласно дефиниции Совета международных научно-медицинских организаций (Council for International Organizations of Medical Sciences — CIOMS), сформулированной в отчете VIII Рабочей группы «Практические аспекты выявления сигнала в фармаконадзоре» (Женева, 2010), сигнал — это информация из одного или нескольких источников (включая наблюдения и эксперименты), которая предполагает наличие новой причинно-следственной связи или нового аспекта известной связи между вмешательством и событием или чередой взаимосвязанных событий, как негативных, так и позитивных, и которая является достаточно достоверной, чтобы служить основанием для проведения мероприятий по проверке [6].

Источниками данных для формирования сигналов служат базы данных спонтанных сообщений о побочных реакциях ЛС, базы данных активного мониторинга побочных реакции ЛС, в том числе с указанием адресов популярных социальных сетей, данные неинтервенционных исследований, клиниче-

ских исследований, документы, подаваемые заявителем во время регуляторных процедур, а также научная литература.

С 6 мая 2017 г. управление сигналами является обязательной деятельностью для всех компаний — ДРУ и компаний-разработчиков во всех государствах — членах ЕАЭС, включая Россию [7].

Процесс управления сигналами включает в себя следующие этапы:

- обнаружение/выявление сигнала;
- проверка/валидация сигнала;
- анализ и приоритизация сигнала;
- оценка сигнала;
- рекомендации по проведению необходимых мероприятий;
- обмен информацией.

На практике для обнаружения сигналов используются два подхода:

- **клинический** — основанный на просмотре сообщений об индивидуальных случаях побочных реакций в системах сбора спонтанных сообщений о побочных реакциях ЛС, в пострегистрационных исследованиях, а также мониторируемой научной литературе;
- **статистический**, применяющийся для обнаружения сигналов в больших базах данных, например основанный на расчете коэффициента пропорциональности репортирования (Proportional Reporting Ratio — PRR), использующийся в базе данных ЕС EudraVigilance [8].

После обнаружения сигнала необходимо провести оценку всех подтверждающих сигнал данных. Этот процесс называется проверкой сигнала и проводится с целью выявления информации: содержит ли подтверждающая документация достаточные доказательства существования потенциальной новой причинно-следственной связи или нового аспекта известной связи для проведения дальнейшего анализа. При проведении проверки сигнала необходимо учитывать:

- **Клиническую значимость**: силу связи (число случаев, временная связь, правдоподобный механизм, результат отмены/повторного назначения ЛС, альтернативное объяснение причины побочной реакции); серьезность и тяжесть реакции; новизну реакции (новая и серьезная), ЛС взаимодействие; возникновение в определенных популяциях (дети, беременные, люди пожилого возраста, пациенты с почечной недостаточностью и т. п.).
- **Предыдущий опыт**: насколько полно данная информация отображена в инструкции по медицинскому применению ЛП, оценивалась ли новая ассоциация ЛС-ПР в ПООБ или ПУР, обсуждалась ли на уровне научных комитетов или была предметом регуляторной процедуры.
- **Наличие других источников информации с более значимыми данными для подтверждения связи**: подобно описанные случаи в литературе, экспериментальные данные или биологические механизмы, скрининг баз данных с боль-

## Реформы здравоохранения

шими базами данных (например, EudraVigilance или Vigibase, если первоисточником сигнала была национальная база данных или база данных компании).

Ключевым элементом процесса управления сигналами является своевременное выявление вероятных сигналов с высоким уровнем воздействия на здоровье населения и сигналов, которые могут значительно повлиять на соотношение польза/риск, поэтому их нужно анализировать в рамках дальнейших шагов по управлению сигналами в первую очередь.

Необходимо, чтобы процесс приоритизации сигнала включал в себя:

- доказательность и согласованность информации, к которым относятся большое количество достоверных случаев развития НР, зафиксированных в течение непродолжительного периода времени, идентификация сигнала в различных условиях применения (в амбулаторной и клинической практике), также должно быть несколько источников или стран, из которых получены данные;
- влияние на пациентов в зависимости от степени тяжести, развившихся НР, обратимости, предотвратимости развития и клинического исхода НР, также необходимо учитывать терапевтические меры, предпринятые для устранения НР, вызванных применением изучаемого препарата;
- влияние на общественное здоровье в зависимости от того, какое количество пациентов общей группы использовало ЛП, а также используется ли данный ЛП у пациентов в особых популяционных группах риска, к которым относятся беременные женщины, женщины в период лактации, дети и пожилые люди. Также следует учитывать пациентов, имеющих тяжелые заболевания печени, почек и сердечно-сосудистой системы, способ использования ЛП, например неправильное использование, или использование не по показаниям, указанным в инструкции по медицинскому применению;
- новизна подозреваемой НР, например если неизвестная подозреваемая НР развивается вскоре после поступления нового лекарственного продукта в медицинскую практику и не указана в инструкции по медицинскому применению препарата.

Оценка сигналов проводится с целью изучения доказательств причинно-следственной связи развития НР с подозреваемым ЛП, а также с целью количественной оценки взаимосвязи и определения необходимости сбора дополнительной информации или принятия экстренных регуляторных мер. Оценка состоит из тщательного фармакологического, медицинского и эпидемиологического изучения всех имеющихся данных по выявленному сигналу. Предоставленный обзор должен включать в себя все доступные фармакологические, доклинические и клинические данные, данные пострегистрационных исследований, если такие проводились, и быть макси-

мально полным применительно к источникам получения информации, включая данные досье ЛП при подаче заявления на регистрацию и последующие изменения инструкции, литературные статьи, спонтанные сообщения и неопубликованную информацию от ДРУ и уполномоченных органов государств-членов. Также необходимо учитывать рекомендации, полученные от внешних экспертов.

По результатам оценки сигнала должны вводиться дополнительные меры по минимизации рисков.

Если при проведении анализа информации не было выявлено угрозы жизни и/или риска для пациентов, то уполномоченный орган государства-члена может принять решение об отсутствии необходимости дальнейшей оценки или дальнейших действий [9].

## Заключение

Одним из ключевых этапов в системе ФН является обработка поступающих сигналов о безопасности применения ЛП. Ключевым фактором в процессе управления сигналами является незамедлительное определение их влияния на общественное здоровье или соотношение польза/риск ЛП у пациентов, которые подверглись его воздействию. По результатам оценки сигнала должны вводиться дополнительные меры по минимизации рисков. В России и в ЕАЭС в настоящее время активно функционирует строго регламентированная система ФН в которой задействованы все заинтересованные субъекты обращения ЛС (производителей и держателей регистрационных удостоверений, медицинских организаций и медицинских работников, пациентов и регуляторные органы). Законодательство РФ в области фармаконадзора гармонизировано с Правилами надлежущей практики фармаконадзора ЕАЭС.

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

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лепяхин В. К. Неблагоприятные побочные реакции и контроль безопасности. М.: Эксмо; 2008.
2. Хосева Е. Н. Проблемные аспекты развития системы фармаконадзора в Российской Федерации на современном этапе (обзор). *Качественная клиническая практика*. 2013;(3):41—5.
3. Овчинникова Е. А. Роль мониторинга безопасности лекарственных средств в решении проблемы их рационального использования. *Качественная клиническая практика*. 2003;(4):88—95.
4. Косенко В. В. Организация системы мониторинга безопасности зарегистрированных лекарственных препаратов в Российской Федерации. *Вестник Росздравнадзора*. 2011;(6):31—9.
5. Шипков В. Г. Нормативно-правовые акты в сфере обращения лекарственных средств в рамках Евразийского Экономического Союза. Т. 6. М.: Ремедиум; 2017.
6. Загородникова К. А. Фармаконадзор в Российской Федерации и в Объединенной Европе в свете новой директивы Евросоюза. Ждут ли нас изменения? *Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике*. 2012;(8):8—14.
7. Мурашко М. А. Новые требования к мониторингу безопасности лекарственных средств в Российской Федерации. *Вестник Росздравнадзора*. 2017;(2):17—22.
8. Романов, Б. К. Совершенствование принципов управления сигналами по безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения. *Безопасность и риск фармакотерапии*. 2016;(1):10—20.

9. Журавлева Е. О. Сигнал как инструмент системы фармаконадзора. *Безопасность и риск фармакотерапии*. 2018;(2):61—7.

Поступила 05.12.2018  
Принята в печать 05.12.2018

## REFERENCE

1. Lepakhin V. K. Adverse reactions and safety controls. [Neblagopriyatnye pobochnye reakcii i control besopasnosti] Moscow: Eksmo; 2008 (in Russian).
2. Khoseva E. N. Problem aspects of the development of the pharmacovigilance system in the Russian Federation at the present stage. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika*. 2013;(3):41—5 (in Russian).
3. Ovchinnikova E. A. The role of monitoring the safety of medicines in solving the problem of their rational use. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika*. 2003;(4):88—95 (in Russian).
4. Kosenko V. V. Organization of a safety monitoring system for registered drugs in the Russian Federation. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2011;(6):31—9 (in Russian).
5. Shipkov V. G. Regulatory legal acts in the field of drug circulation in the framework of the Eurasian Economic Union. [Normativno-pravovye akty d sfere obrasheniya lekarstvennyh sredstv v ramkah Evraziiskogo Ekonomicheskogo soyuza] Moscow: Remedium; 2017 (in Russian).
6. Zagorodnikova K. A. Pharmacovigilance in the Russian Federation and in the United Europe in the light of the new EU directive. Are changes waiting for us? *Jurnal o rossiiskom rynke lekarstv i meditsinskoj tehnikе*. 2012;(8):8—14 (in Russian).
7. Murashko M. A. New Requirements for Monitoring the Safety of Medicinal Products in the Russian Federation. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2017;(2):17—22 (in Russian).
8. Romanov B. K. Improving the principles of signal management for the safety of drugs for medical use. *Bezopasnost i risk v farmakoterapii*. 2016;(1):10—20 (in Russian).
9. Zhuravleva E. O. Signal as a tool of the pharmacovigilance system. *Bezopasnost i risk v farmakoterapii*. 2018;(2):61—7 (in Russian).

**Зарубина Т. В.<sup>1</sup>, Кобринский Б. А.<sup>2</sup>, Кудрина В. Г.<sup>3</sup>**

## МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАТИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, 117997, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГУ «Федеральный исследовательский центр «Информатика и управление» РАН, 119333, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125445, г. Москва.

*Рассмотрена медицинская информатика во взаимосвязи с медицинской кибернетикой. Подчеркнута необходимость ее формирования в качестве самостоятельной научной дисциплины. Оценен вклад в развитие общественных организаций. Показана практическая реализация в виде Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения и телемедицины.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** медицинская информатика; медицинская кибернетика; единая государственная информационная система в сфере здравоохранения; телемедицина, общественные организации; научная специальность.

**Для цитирования:** Зарубина Т. В., Кобринский Б. А., Кудрина В. Г. Медицинская информатика в здравоохранении России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):447—451. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-447-451>

Для корреспонденции: Кудрина Валентина Григорьевна, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой медицинской статистики и информатики ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, e-mail: Kudrinu@mail.ru

**Zarubina T. V.<sup>1</sup>, Kobrinsky B. A.<sup>2</sup>, Kudrina V. G.<sup>3</sup>**

## THE MEDICAL INFORMATICS IN HEALTH CARE OF RUSSIA

<sup>1</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «N. I. Pirogov Russian National Research Medical University» of the Ministry of Health of Russia, 117997, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Institution «The Federal Research Center «Informatics and Management» of the Russian Academy of Sciences, 119333, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education “The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of the Ministry of Health of Russia, 125445, Moscow, Russia

*The article considers medical informatics in relationship with medical cybernetics. The necessity of its development as an independent scientific discipline is emphasized. The input into development of public organizations is evaluated. The practical implementation is demonstrated on the example of the Unified State Information System in health care and telemedicine.*

**К е y o r d s :** medical informatics; medical cybernetics; Unified State Information System in health care; telemedicine; public organization; scientific specialty.

**For citation:** Zarubina T. V., Kobrinsky B. A., Kudrina V. G. The medical informatics in health care of Russia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018;26(6):447—451 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-447-451>

**For correspondence:** Kudrina V. G., doctor of medical sciences, professor, the head of the Chair of Medical Statistics and Informatics of the Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education “The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education”. e-mail: Kudrinu@mail.ru

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

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

Received 25.06.2018  
Accepted 29.11.2018

Сегодня информационно-коммуникационные технологии (ИКТ) и информатизация здравоохранения (ИЗ) включены в пятерку приоритетных направлений развития здравоохранения России. Остается немало нерешенных вопросов выбора приоритетов развития ИЗ на перспективу. Поводом для публикации явилось предстоящее в 2019 г. 25-летие отделения медицинской информатики (ОМИ) Международной академии информатизации (МАИ) в консультативном статусе при Организации Объединенных Наций (ООН).

**Медицинская информатика и медицинская кибернетика.** Нельзя говорить о медицинской информатике (МИ), не отдав должного медицинской кибернетике (МК) — науке управления, которая начала развиваться в нашей стране в 1950—1960-х годах. На региональном и федеральном уровнях здравоохра-

нения объектами управления являются службы и институты здравоохранения, здоровье населения и состояние окружающей среды. Цель управления — оптимизированное обеспечение здравоохранения региона (страны) всеми видами ресурсов, мониторинг, прогнозирование состояния здоровья населения, качества медицинской помощи на основе преобразования медицинской информации в управляющий сигнал [1].

Медицинская информатика — наука о получении, обработке и передаче медицинской информации на основе ИКТ. Объектом изучения МИ являются информационные процессы в здравоохранении как основа всех видов научной, образовательной, практической и управленческой деятельности [2]. Без учета их специфики невозможно ситуационное управление и эффективное внедрение информа-

тики в практику работы медицинских организаций (МО).

Современные ИКТ включают и специальные программные средства и системы, которые используются в лечебно-диагностическом процессе, при решении клинических и управленческих задач, в медицинской науке и образовании. Планирование клинико-научных экспериментов, обучение будущих медицинских работников, непрерывное повышение их квалификации, функционирование и мониторинг деятельности МО всех уровней должны осуществляться с помощью методов МИ.

На всех уровнях здравоохранения широко применяются медицинские информационные системы (МИС), используемые в профилактическом и диагностическом обследовании, при выборе лечебной тактики и мониторинге состояния пациента. Применение в медицинской организации МИС повышает эффективность его работы по административной, организационной и медико-технологической составляющим.

Перспективность развития здравоохранения на основе ИКТ не вызывает сомнений. Широкое применение МИ обеспечит создание единого информационного пространства (ЕИП) здравоохранения. Его развитие возможно только на общесистемных принципах, эволюционно, при опоре на уже действующие системы. Для интеграции систем имеются не только предпосылки, но и информационный базис — основанные на международном подходе отечественные структурированные электронные медицинские документы и протоколы взаимодействия медицинских информационных систем, что обеспечит семантическую совместимость существующих и создаваемых МИС.

**Развитие медицинской кибернетики и медицинской информатики в России.** Становление МК и МИ связано с именами таких крупных исследователей, как Н. М. Амосов, П. К. Анохин, В. М. Ахутин, Р. М. Баевский, А. И. Берг, М. Л. Быховский, Д. Д. Венедиктов, А. А. Вишневский, С. А. Гаспарян, И. М. Гельфанд, Е. В. Гублер, В. А. Лищук, П. Е. Кунин, А. А. Ляпунов, Н. С. Мисюк, В. В. Парин, Г. А. Хай. В 1960 г. организована первая лаборатория кибернетики в Институте хирургии им. А. В. Вишневского (руководитель — М. Л. Быховский, Москва). В 1962 г. по инициативе В. М. Глушкова и Н. М. Амосова в Институте туберкулеза и грудной хирургии открылась лаборатория управления (руководитель — В. А. Лищук, Киев), в 1964 г. — лаборатория биологической и медицинской кибернетики в Северо-Западном политехническом институте (руководитель — В. М. Ахутин, Ленинград) и лаборатория медицинской кибернетики в Московском научно-исследовательском онкологическом институте им. П. А. Герцена (руководитель — П. Е. Кунин [3]). Среди научных направлений — поддержка принятия врачебных решений при диагностике и выборе лечебной тактики, автоматизированное слежение за состоянием организма с элементами управления [3].

В 1960—1970-е годы созданы первые проекты информатизации здравоохранения для всех уровней управления. Особое внимание уделяется решению управленческих задач на региональном уровне. Одной из первых успешных разработок стала автоматизированная система управления здравоохранением территории «Оргздрав» (г. Новосибирск, 1971—1974 гг.). На территориях создаются информационно-вычислительные центры (ИВЦ; ныне — медицинские информационно-аналитические центры — МИАЦ). Большой вклад в развитие ИЗ на территориальном уровне внесли З. И. Вендров (Томск), В. К. Гасников (Ижевск), М. А. Мазур (Кемерово), А. Д. Соломонов (Ставрополь), Г. И. Чеченин (Новокузнецк).

С середины 1970-х до середины 1980-х годов развивается система государственной координации работ по ИЗ. Научный совет по медицинской кибернетике при Минздраве РСФСР (руководитель — С. А. Гаспарян) определяет направления разработок и курирует их исполнение.

В конце 1970-х — начале 1980-х годов на больших ЭВМ серии ЕС и малых ЭВМ типа СМ 1420 реализуются первые автоматизированные системы диспансеризации детского населения, инициаторами создания которых стали выдающиеся педиатры Ю. Е. Вельтищев (Москва) и И. М. Воронцов (Ленинград).

Переход в 1990-е годы к широкому использованию персональных компьютеров (ПК) способствует мощному нарастанию разработок медико-технологических систем. В рамках Республиканской программы осуществляется разработка на единой программно-технической базе средств систем диагностики и прогноза для неотложных состояний. Создаются системы с реальным автоматизированным вводом сигналов и изображений, построением заключений, поддержкой принятия врачебных решений при решении конкретных задач.

Серьезной проблемой последнего десятилетия XX в. для ИЗ страны стали утрата координации деятельности Минздравом России и прекращение работы Совета (проблемная комиссия) по МК и вычислительной технике (секция информатизации здравоохранения) при Ученом медицинском совете министерства.

Для сохранения взаимодействия в сфере ИЗ регионов России и вновь созданных государств по инициативе С. А. Гаспаряна и В. М. Тимонина в 1994 г. создается ОМИ МАИ. На первом этапе ОМИ носило название Академии медицинской информатиологии в составе МАИ. Первым президентом был избран признанный лидер российской МИ проф. С. А. Гаспарян, вице-президентами — Д. Д. Венедиктов, Б. А. Кобринский, В. М. Тимонин. Длительное время ученым секретарем была В. Г. Кудрина.

Отделение медицинской информатики активно включается в решение вопросов информатизации отечественного здравоохранения, проводит научные конференции в России и участвует в международных мероприятиях. Члены академии готовят аналитические обзоры и предложения для Минздрава Рос-



## Реформы здравоохранения

сии, оценивают перспективность направлений информатизации медицинской науки и практики, принимают участие в разработке Концепции государственной системы мониторинга здоровья населения России (1996) [4].

После смерти С. А. Гаспаряна, 11 лет возглавлявшего Академию медицинской информатологии, президентом избирается проф. Т. В. Зарубина, продолжающая дело своего учителя. С 2014 г. президентом ОМИ МАИ становится проф. Б. А. Кобринский.

Академики ОМИ представляют различные области медицины, экономики и техники, но всех их объединяет деятельность в области теории и практики ИЗ. Они являются известными специалистами в области МИ, представляют многочисленные регионы и организации. Развитие, при их активном участии, теоретических и прикладных аспектов отечественной МИ позволило России, несмотря на отмеченные трудности, не критически отстать в вопросе подготовки к новому этапу развития отрасли — электронному здравоохранению (e-health) [5].

### Телемедицина как раздел электронного здравоохранения

Первый центр телемедицины (ЦТМ) в России открыт в Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (1995), а наибольшую известность из федеральных телемедицинских центров получил созданный в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН (1997).

Первый региональный ЦТМ организован при поддержке программы «Баренц-регион» в Архангельске (1995). В дальнейшем построена сеть телемедицинских пунктов на базе центральных районных больниц. В настоящее время действуют десятки региональных ЦТМ, сети субъектов Российской Федерации и более 20 федеральных центров.

Совместным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и РАМН от 27.08.2001 г. № 344/76 утверждена Концепция развития телемедицинских технологий в Российской Федерации<sup>1</sup>, заложившая основы и способствовавшая развитию российской телемедицины.

В 2001 г. создана первая отечественная телемедицинская система для работы в чрезвычайных ситуациях. Специалисты Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России (ныне — Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. акад. Ю. Е. Вельтищева в составе Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова — РНИМУ) и российской компании «Веб Медиа Сервисез» в сотрудничестве со Всероссийским центром медицины катастроф «Защита» и Государственным центральным аэромобильным спасательным отрядом «Центро-спас» внедряют в полевом педиатрическом госпита-

ле на территории г. Гудермес (Чеченская Республика) телемедицинскую систему на основе обмена данными с использованием спутниковых каналов [6].

В 2000 г. создана Российская ассоциация телемедицины (президент — О. Ю. Атьков, ответственный секретарь — В. Л. Столяр), которая активно занимается проектированием и поддержкой новых региональных и федеральных ЦТМ.

### Развитие медицинской информатики в XXI в.

В 2002 г. был подписан приказ Минздрава России от 15.03.2002 г. № 81 «О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 году», предусматривавший использование ИКТ. Для этого в центре информационных технологий Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ оперативно создается не имеющая аналогов в мире компьютерная система для сбора, архивации, пересылки и интеграции первичных данных, получаемых в детских поликлиниках страны, и организуется «горячая линия» по ее поддержке. Результатом становится формирование федеральной базы данных почти на 30 млн детей.

Для интеграции усилий организаций, занимающихся разработкой и продвижением информационных систем медицинского назначения, в 2001 г. создается некоммерческая организация «Ассоциация развития медицинских информационных технологий» (АРМИТ) [<http://armit.ru>], которая дважды в год проводит конференции Medsoft и выставки, где предоставляет разработчикам МИС площадку для общения.

Ассоциация медицинской информатики (ныне — Национальная ассоциация медицинской информатики, НАМИ) организована в 2005 г. по инициативе Центрального НИИ организации и информатизации Минздрава России и РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Президиум НАМИ осуществляет работу по реализации дорожной карты, принятой в рамках программы по воссозданию (на базе НАМИ) всероссийского общественного института, обеспечивающего возможности для формирования профессионального экспертного пространства, включающего экспертов, объединенных в Региональные советы, и экспертов при Президиуме НАМИ [<http://namirf.ru>].

В 2009 г. на базе РНИМУ им. Н. И. Пирогова зарегистрирована некоммерческая организация по развитию и стандартизации обмена, управления и интеграции электронной медицинской информации «ЗУС «Евразия». Организация является лидером в РФ по переводу, адаптации, разработке и внедрению стандартов HL7 в различных областях практической медицины и разработке национальных стандартов медицинских информационных технологий на базе HL7 [<http://hl7.org.ru>].

### Медицинская информатика и единая государственная информационная система в сфере здравоохранения

С 2008 г. в Министерстве здравоохранения России действует Департамент информационных техно-

<sup>1</sup> Концепция развития телемедицинских технологий в Российской Федерации (Приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации и РАМН от 27.08.2001 г., № 344/76).

логий и связи. Именно ему поручено разработать Концепцию Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), утвержденной в апреле 2011 г. ЕГИСЗ — это «совокупность информационно-технологических и технических средств, обеспечивающих информационную поддержку методического и организационного обеспечения деятельности участников системы здравоохранения»<sup>2</sup>. ЕГИСЗ состоит из федерального и регионального сегментов, последний представлен двумя региональными уровнями МИС (РМИС) и МИС МО. ЕГИСЗ призвана стать основой нового здравоохранения в Российской Федерации, основанного полностью на ИКТ.

Уровень развития РМИС в регионах РФ различен. В настоящее время в России на региональном уровне решена задача записи на прием к врачу с помощью электронной регистратуры. На многих территориях работают регистры медицинских работников и медицинских организаций, есть модули по льготному лекарственному обеспечению, модуль «электронный рецепт». Перечень подсистем, которые должна иметь РМИС, сформулирован в Методических рекомендациях Минздрава России по обеспечению функциональных возможностей РМИС (2016). Утверждены и Методические рекомендации Минздрава России по обеспечению функциональных возможностей МИС МО (2016). На основе методических рекомендаций созданы шкалы для оценки уровня информатизации МО и РМИС в регионах РФ [7].

Федеральный сегмент ЕГИСЗ нацелен на стратегические вопросы информатизации здравоохранения.

В постановлении Правительства Российской Федерации от 5 мая 2018 г. № 555 утверждено положение о ЕГИСЗ с определением задач и функций системы, структуры и порядка ее ведения, участников информационного взаимодействия, порядка доступа к информации, защиты информации, содержащейся в ЕГИСЗ и др.<sup>3</sup>. В указе Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 для национального проекта в сфере здравоохранения в ряду первоочередных задач определено «создание механизма взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»<sup>4</sup>.

С 2015 г. в здравоохранении работает регламентная служба нормативно-справочной информации (НСИ) на базе ЦНИИОИЗ Минздрава России — Федеральный центр разработки медицинских справочников. Возобновлено ведение реестра identifica-

торов объектов Минздрава России в рамках национального сегмента мирового пространства идентификаторов объектов (OID).

Федеральный сегмент ЕГИСЗ постоянно развивается и включает федеральный регистр медицинских работников, федеральный реестр медицинских организаций, федеральную интегрированную электронную медицинскую карту, федеральный реестр электронных медицинских документов, специализированные регистры пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан, федеральный реестр нормативно-справочной информации, федеральную электронную регистратуру, информационно-аналитическую подсистему мониторинга и контроля в сфере закупок лекарственных препаратов для обеспечения государственных и муниципальных нужд, подсистему автоматизированного сбора информации о показателях системы здравоохранения из различных источников и предоставления отчетности, службу обезличивания персональных данных; защищенную сеть передачи данных, интеграционные подсистемы.

#### **Научные и образовательные аспекты медицинской кибернетики и информатики**

Первая кафедра военно-медицинской статистики и кибернетики (руководитель — Л. Е. Поляков, Ленинград) создана в 1961 г. в Военно-медицинской академии и. С. М. Кирова.

В 1973 г. во Втором Московском государственном медицинском институте им. Н. И. Пирогова (ныне — РНИМУ им. Н. И. Пирогова) на медико-биологическом факультете открыта кафедра медицинской и биологической кибернетики (ныне — кафедра медицинской кибернетики и информатики) с последующим созданием отделения медицинской кибернетики. Основанная С. А. Гаспаряном кафедра с 1979 г. выпускает врачей-кибернетиков (впервые в нашей стране), являясь признанным отечественным методическим центром в области обучения медицинской кибернетике и информатике.

Еще одним центром подготовки врачей-кибернетиков стал Сибирский государственный медицинский университет, где в 1989 г. создана кафедра медицинской и биологической кибернетики (первый заведующий — Я. С. Пеккер). В Красноярском государственном медицинском университете им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого по инициативе К. А. Виноградова открыт факультет медицинской кибернетики и управления в здравоохранении с подготовкой специалистов по медицинской кибернетике. Отделения медицинской кибернетики входят в состав Пензенского, Псковского университетов. Профильная кафедра медицинской статистики и информатики ведет активную научную деятельность в Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования [8].

#### **Заключение**

МИ и МК — две сопряженные науки, в применении которых нуждается здравоохранение. В разви-

<sup>2</sup> Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.04.2011 г. № 364. Приложение — Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

<sup>3</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 г. «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

<sup>4</sup> Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

## Реформы здравоохранения

тии МИ в России все более системной становится организация сегментов ЕГИСЗ. В нашей стране развитие именно курируемых государством проектов всегда приносило наилучшие результаты.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Зарубина Т. В., Кобринский Б. А. (ред.). Медицинская информатика: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
2. Кудрина В. Г. Медицинская информатика. М.: Изд-во ЕВА-пресс; 1999.
3. Гаспарян С. А., Пашкина Е. С. Страницы истории информатизации здравоохранения России. М.; 2002.
4. Концепция создания государственной системы мониторинга здоровья населения России. М.: 1996.
5. eHealth. Report by the Secretariat of World Health Organization A58/21. Fifty-eighth World Health Assembly. April 2005. 4 p. URL: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA58/A58\\_21-en.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA58/A58_21-en.pdf) (Дата обращения 15.06.2018).
6. Кобринский Б. А. Телемедицина в системе практического здравоохранения. Москва—Берлин: Direct-Media; 2016.
7. Стародубов В. И., Сидоров К. В., Зарубина Т. В., Алепко А. А. Формирование интегральных показателей оценки уровня информатизации медицинской организации. *Врач и информационные технологии*. 2018;(1):6—24.
8. Кудрина В. Г., Андреева Т. В., Комаров С. Г. Информационные ориентиры для развития системы целевой подготовки меди-

цинских работников. *Врач и информационные технологии*. 2017;(3):121—7.

Поступила 25.06.2018  
Принята в печать 29.11.2018

### REFERENCES

1. Zarubina T. V., Kobrinskii B. A. (eds). Medical Informatics: a textbook [*Meditsinskaya informatika: uchebnik*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2016 (in Russian).
2. Kudrina V. G. Medical Informatics [*Meditsinskaya informatika*]. Moscow: Publishing house EVA-press, 1999 (in Russian).
3. Gasparyan S. A., Pashkina E. S. Pages of the history of informatization of public health services in Russia [*Stranicy istorii informatizatsii zdavookhraneniya*]. Moscow; 2002 (in Russian).
4. The concept of creating a state system for monitoring the health of the population of Russia [*Koncepciya sozdaniya gosudarstvennoi sistemy monitoring*]. Moscow: 1996 (in Russian.)
5. eHealth. Report by the Secretariat of World Health Organization A58/21. Fifty-eighth World Health Assembly. April 2005. URL: [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA58/A58\\_21-en.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA58/A58_21-en.pdf) (Accessed 15.06.2018).
6. Kobrinskii B. A. Telemedicine in the system of practical public health [*Telemeditsyna v sisteme prakticheskogo zdavookhraneniya*]. Moscow — Berlin: Direct-Media; 2016 (in Russian).
7. Starodubov V. I., Sidorov K. V., Zarubina T. V., Alepko A. A. The formation of integral indicators of assessment of the level of informatization of the medical organization. *Vrach i informacionnye tehnologii*. 2018;(1):6—24 (in Russian).
8. Kudrina V. G., Andreeva T. V., Komarov S. G. Information guidance for the development of targeted training of medical specialists. *Vrach i informacionnye tehnologii*. 2017;(3):121—7 (in Russian).

# Образование и кадры

© Коллектив авторов, 2018  
УДК 61-051:331.101.3

Кучиц С. С.<sup>2</sup>, Гриднев О. В.<sup>1</sup>, Песенникова Е. В.<sup>1</sup>, Гадаборшев М. И.<sup>1</sup>, Вартанян Э. А.<sup>2</sup>

## ОСОБЕННОСТИ ТРУДОВОЙ МОТИВАЦИИ СОТРУДНИКОВ ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 127018, г. Москва;  
<sup>2</sup>ГБУЗ «ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ», 124489, г. Москва

*В статье освещены основные понятия, категории, виды трудовой мотивации медицинских работников государственных учреждений здравоохранения. Показаны возможности и риски, связанные с внедрением эффективного контракта в деятельность многопрофильного учреждения здравоохранения как метода стимулирования повышения качества медицинской помощи и эффективности деятельности учреждения.*

*Ключевые слова:* трудовая мотивация; здравоохранение; эффективный контракт; трудовой договор; материальное стимулирование; эффективность деятельности работников; оплата труда; выплаты стимулирующего характера.

**Для цитирования:** Кучиц С. С., Гриднев О. В., Песенникова Е. В., Гадаборшев М. И., Вартанян Э. А. Особенности трудовой мотивации сотрудников государственных медицинских учреждений. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):452—456. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-452-456>

**Для корреспонденции:** Песенникова Елена Васильевна, ассистент кафедры организации и управления в сфере обращения лекарственных средств ИПО ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова», e-mail: e.v.pesennikova@gmail.com

Kuchitz S. S.<sup>2</sup>, Gridnev O. V.<sup>1</sup>, Pesennikova E. V.<sup>1</sup>, Gadaborshev M. I.<sup>1</sup>, Vartaniyan E. A.<sup>2</sup>

## THE LABOR MOTIVATION FEATURES OF EMPLOYEES OF STATE MEDICAL INSTITUTIONS

<sup>1</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, 119991, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The State Budget Institution of Health Care «M. P. Konchalovsky State Clinical Hospital», 124489, Moscow, Russia

*The article considers basic concepts, categories, types of labor motivation of medical professionals of state health care institutions. The possibilities and risks are demonstrated related to implementation of effective contract into functioning of multi-sectoral health care institution as a method of stimulation of increasing of medical care quality and efficiency of its activities.*

*Keywords:* labor motivation; health care; effective contract; work contract; financial stimulation; efficiency of functioning; medical worker; remuneration of labor; stimulating payment.

**For citation:** Kuchitz S. S., Gridnev O. V., Pesennikova E. V., Gadaborshev M. I., Vartaniyan E. A. The labor motivation features of employees of state medical institutions. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018;26(6): 452—456 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-452-456>

**For correspondence:** Pesennikova E. V., the assistant of the Chair of Organization and Management in Sphere of Turn-over of Pharmaceuticals the Institute of Post-Graduate Education of Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University». e-mail: e.v.pesennikova@gmail.com

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

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

Received 18.10.2017

Accepted 29.11.2018

Трудовая мотивация работников организаций является предметом многочисленных исследований и различных публикаций. При этом в литературе существенно больше внимания уделяется изучению вопросов трудовой мотивации в коммерческих организациях и экономическим аспектам данной проблематики [1].

Понятие «мотивация труда» в отношении процессов эффективного управления персоналом в нашей стране появилось относительно недавно в связи с либерализацией отношений практически во всех сферах деятельности. Долгие годы (в основном в советский период) понятие «трудовая мотивация» использовалось в большей степени в педагогической,

психологической, философской и социологической науках [2].

В меньшей степени изучены проблемы управления персоналом и трудовой мотивации работников в государственных или социально ориентированных организациях, к которым относятся и медицинские учреждения.

Сегодня это понятие и его практическое наполнение, в том числе в контексте обеспечения не только социальной, но и экономической результативности, распространяется и в социально ориентированных сферах деятельности.

Цель исследования — осветить основные понятия, категории и виды трудовой мотивации меди-

Образование и кадры

цинских работников государственных учреждений здравоохранения, а также продемонстрировать возможности и риски, связанные с внедрением эффективного контракта в деятельность многопрофильного учреждения здравоохранения как метода стимулирования повышения качества медицинской помощи и эффективности деятельности учреждения.

**Материалы и методы**

Использованы опубликованные материалы, служебные и нормативные документы, посвященные проблеме мотивации трудовой деятельности медицинских работников, поисковые системы eLIBRARY и PubMed, а также методы статистической обработки архивных материалов мониторинга экономических процессов в здравоохранении Российской Федерации.

**Результаты исследования**

Понятие «трудовая мотивация» трактуется авторами как:

- побуждение человека к действию для достижения тех или иных целей (личных и целей организации);
- процесс побуждения человека, основанный на использовании внутриличностных и внешних факторов, направленный на достижение индивидуальных и общих целей [3];
- основной элемент самосознания работника, который определяет его отношение и поведение

в ходе осуществления трудовой деятельности [4];

- совокупность внешних и внутренних сил (мотивов), побуждающих человека к деятельности для достижения поставленных целей [5].

Таким образом, являясь социально-психологической категорией, трудовая мотивация оказывает решающее влияние на конечные результаты деятельности организаций, коммерческих и социально ориентированных.

Несмотря на относительно слабую проработанность проблем мотивации труда медицинских работников, в последние годы среди специалистов повышается интерес к данной области исследований, что находит отражение в соответствующих публикациях [6].

Особое значение для теории и практики приобретает исследование вопросов выбора эффективных механизмов мотивации персонала в социально значимых организациях, система управления кадрами в которых имеет существенные особенности. Совокупность стимулов для персонала в деятельности медицинских учреждений в зависимости от направленности и характера проявления классифицируют как внешние и внутренние, эксплицитные и имплицитные (табл. 1) [7].

Каждая из классификационных групп стимулов имеет особенности, а также достоинства и недостатки, которые учитываются государственными и частными медицинскими организациями в их деятельности (табл. 2).

На нынешнем этапе развития одним из основных вопросов при выборе стимулов для персонала медицинских учреждений становится формирование оптимальной системы оплаты труда, в том числе определение уровня и формы оплаты труда. В самом общем виде используются две базовые системы оплаты труда:

- сдельная, когда размер оплаты формируется на основе оказанного объема услуг;
- повременная, привязанная к отработанным часам работника.

Таблица 1

**Классификация стимулов медицинского персонала в зависимости от направленности и характера их проявления**

Стимулы	Неявные (имплицитные)	Явные (эксплицитные)
Внутренние	Врачебный долг, профессиональный интерес	Регулирование (профессиональные организации врачей, страховые медицинские организации)
Внешние	Доверие пациентов	Оплата труда и прочие формы компенсации и поощрения

Таблица 2

**Основные стимулы персонала в медицинских учреждениях**

Вид стимула	Содержание	Достоинство	Недостаток
Врачебный долг (клятва врача), профессиональный интерес	Основаны на нематериальных стимулах работников	Являются одними из самых эффективных нематериальных стимулов, не предполагают значительных затрат для медицинского учреждения	Не всегда могут быть распространены на все категории медицинского персонала
Доверие пациентов	Проявляется в результате первичных или вторичных контактов пациента с врачом и доверия к нему, или по результатам качественно оказанной помощи, или вследствие личностных симпатий	Один из наиболее эффективных с точки зрения затрат и результатов для медицинского учреждения	В последние годы в медицинской практике наблюдается тенденция к нарушению принципов доверия, что может снизить качество предоставляемых услуг
Регулирование (профессиональные организации врачей, страховые медицинские организации)	Задаются нормами и правилами, сформулированными профессиональными организациями и коллективными покупателями медицинских услуг (государственных органов, страховых медицинских компаний)	Позволяют обеспечить четкие правовые и нормативные основы оказания медицинских услуг различным группам потребителей	Возникает риск стремления одной стороны к изменению условий договоренности в свою пользу
Оплата труда и прочие формы компенсации и поощрения	Представляют собой основные формы финансового и материального поощрения работников	Являются необходимым и ключевым дополнением к явным и неявным внутренним стимулам медицинских работников	Относительно более высокий уровень затрат для медицинского учреждения

Как показывает практика деятельности медицинских учреждений, работник стремится снизить уровень или качество своей трудовой активности без ущерба для уровня оплаты труда вне зависимости от выбранной формы его стимулирования. Однако частные мотивы работников не соответствуют задачам функционирования медицинской организации. Таким образом, в «чистом» виде базовые подходы стимулирования труда медицинского персонала, как правило, не эффективны и требуют модификации в соответствии со множеством условий.

Долгие годы основные методы оплаты труда медицинских работников в различных странах мира были реализованы в виде предоставления гонорара за оказанную услугу (*fee-for-service*; механизм основан на сдельной оплате труда) и/или зарплаты (*salary*; механизм основан на повременной оплате труда). Однако данные методы также не зарекомендовали себя ввиду некоторых недостатков. Так, гонорарный метод приводит к злоупотреблениям врачей (завышению объемов оказанной помощи), нерациональному использованию ресурсов медицинского учреждения, сложностям определения вклада конкретного врача в лечение больного [8]. Основным недостатком зарплатного метода, основанного на повременной форме оплаты труда, является минимальная заинтересованность врача в качественном оказании медицинской помощи.

В связи с этим в последние годы обозначилось стремление субъектов управления медицинскими учреждениями внедрять модифицированные механизмы мотивации для минимизации издержек и повышения эффективности работы организаций. Одним из наиболее популярных вариантов становится оплата услуг в пересчете на каждого прикрепленного к медицинскому работнику пациента (*capitation fee*) — модифицированный метод гонораров, когда результативность и оплата труда медицинского работника привязываются к числу обслуженных пациентов. Метод также имеет недостатки, связанные с риском оказания недостаточного объема медицинской помощи пациенту, необходимостью постоянного контроля качества оказываемых услуг. Помимо этого, создаются условия для стремления обслуживания врачами только здоровых пациентов, чтобы снизить затраты времени и сил на получение того же дохода [9].

Трудовая мотивация работников медицинских учреждений все годы новейшей истории России была одним из проблемных аспектов социально-экономического развития государства. Лежащие в ее основе принципы много раз пересматривались, что находило выражение в законодательных и ведомственных нормативных актах, а также состоянии организационного и правового регулирования трудового аспекта системы здравоохранения [10].

В последние годы происходит реформирование системы здравоохранения России, что проявляется в негативных и позитивных последствиях для вопросов мотивации труда медицинских работников. Одним из позитивных факторов реформирования си-

Таблица 3

**Отношение средней заработной платы по округу для различных категорий медицинских кадров в России в 2015 г.**

Территориальное образование	Отношение средней заработной платы по округу для категорий медицинских кадров, %		
	врачи	средний медицинский персонал	младший медицинский персонал
Российская Федерация	156	88	54,8
Центральный федеральный округ	147,7	84,9	51,3
Северо-Западный федеральный округ	164,2	96	59,1
Южный федеральный округ	155,5	101,9	67,4
Северо-Кавказский федеральный округ	171,3	89,3	57,2
Приволжский федеральный округ	158,8	88,9	54,3
Сибирский федеральный округ	164	89,3	56,6
Дальневосточный федеральный округ	164,3	95,7	59,4
Крымский федеральный округ	187,5	113,5	73,8

стемы здравоохранения можно назвать последовательное повышение в последние годы доходов медицинских кадров. Однако повышение средних доходов медицинских кадров нередко сопряжено с сокращением неэффективного персонала. Кроме того, даже повысившаяся в последние годы средняя заработная плата работников медицинских учреждений не позволила, несмотря на проводимые государством реформы, довести их уровень до средней заработной платы по регионам России, что характерно для среднего и младшего медицинского персонала в большинстве субъектов РФ (табл. 3) [11].

Как показывают результаты многочисленных исследований, низкая удовлетворенность персонала медицинских учреждений условиями организации труда и системой его мотивации является одной из основных причин недостаточно высокой эффективности деятельности лечебно-профилактических и медицинских учреждений [12, 13].

В последние годы в российской системе здравоохранения наметились перемены, которые оказывают существенное влияние на возможность выбора механизмов и способов мотивации труда медицинского персонала, особенно работающего в некоммерческих организациях. Во-первых, важно отметить принятые или существенно скорректированные в последние годы важные программные и нормативные документы, определяющие приоритеты развития российской системы здравоохранения и устанавливающие правила регулирования деятельности медицинских учреждений. Среди наиболее важных программ, давших толчок к реформированию системы здравоохранения, следует прежде всего выделить принятый в 2005 г. Национальный проект «Здоровье», одной из задач которого стало повышение оплаты труда медицинского персонала, оказывающего первичную медицинскую помощь (врачей и медицинских сестер) [14]. В дальнейшем была принята (в 2012 г.) и обновлена (в 2014 г.) Государственная программа «Развитие здравоохранения», в рамках которой предусмотрена подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения». Данной подпрограммой предусмотрена необходи-

Образование и кадры

мость решения следующих задач в части организации управления персоналом медицинских учреждений:

- снижение дефицита медицинских кадров, в том числе за счет уменьшения их оттока из государственной и муниципальной систем здравоохранения;
- снижение дисбаланса в распределении медицинских кадров по видам и условиям оказания медицинской помощи;
- совершенствование системы подготовки медицинских кадров;
- повышение престижа профессии;
- развитие мер социальной поддержки медицинских кадров.

Во-вторых, произошли изменения, напрямую затронувшие вопросы мотивации медицинских работников. Так, в 2007 г. начато введение новой системы оплаты труда в сфере здравоохранения: определены принципы оплаты труда в государственных учреждениях, что, однако, не привело к повышению качества оказываемых услуг, снизив численность среднего медицинского персонала.

Кроме того, в деятельности организаций системы здравоохранения, особенно государственных, все еще развита практика неформального стимулирования потребителями врачебно-сестринского персонала медицинских учреждений. Данный фактор зачастую снижает возможности эффективной мотивации труда медицинских работников.

Следует также отметить, что работа в системе ОМС и отказ от бюджетно-сметного финансирования деятельности медицинских учреждений, произошедший в 2011 г., также повлияли на доходы медицинских учреждений и возможности мотивации трудового персонала [15].

### Заключение

Трудовая мотивация работников медицинских учреждений сопряжена с наличием ряда особенностей, которые проявляются в необходимости создания баланса между экономической стороной трудового соглашения, психологическими особенностями работника, его квалификацией и задачами медицинского учреждения для обеспечения эффективной деятельности медицинского учреждения, высокого уровня удовлетворенности медицинского персонала и в итоге потребителей медицинских услуг.

Происходящая реформа системы здравоохранения, которая напрямую затрагивает систему финансового обеспечения медицинских учреждений и вопросы стимулирования труда медицинских работников, побуждает администрацию государственных медицинских учреждений к активному поиску путей эффективной организации управления персоналом на основе внедрения результативных способов мотивации их труда.

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Боконья А. Е. Мотивация — основа управления человеческими ресурсами (теория и практика формирования мотивирующей организационной среды и создания единой системы мотивации компании). М.: НИЦ Инфра-М; 2013.
2. Кибанов А. Я. (ред.). Управление персоналом в России: история и современность: Монография. М.: НИЦ ИНФРА-М; 2013.
3. Федосеев В. Н. Управление персоналом: учебное пособие. М.: Издательский центр «МарТ»; 2006.
4. Богачева Е. В. Развитие мотивации достижения и снижение уровня мотивации избегания неудач как способ оптимизации трудовой мотивации медицинских сестер. *Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология*. 2011;(2):197—201.
5. Вишняков А. И. Психологические особенности трудовой мотивации и ее взаимосвязь с ценностными ориентациями сотрудников медицинских учреждений. *Азимут научных исследований: педагогика и психология*. 2016;5(3):245—8.
6. Илюхина Л. А. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности среднего медицинского персонала. *Вестник Самарского государственного экономического университета*. 2014;(6):136—40.
7. Круглова Ю. В. Проблема мотивации трудовой деятельности медицинских работников. *Право и общество*. 2013;(8):277—88.
8. Колосниченко М. Г., Шейман И. М., Шишкин С. В. Экономика здравоохранения. М.: Издательский дом ГУ ВШЭ; 2009.
9. Owen A. V. Getting the best from people. *British Medical Journal*. 1995;310(6980):648.
10. Численность медицинских кадров [Электронный ресурс]. Росстат. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#) (дата обращения 02.01.2017).
11. Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за январь-декабрь 2015 года [Электронный ресурс]. Федеральная служба государственной статистики. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#) (дата обращения 02.01.2017).
12. Завьялова Н. Б., Сагинова О. В. Исследование удовлетворенности персонала эффективностью внутренних процессов организации. *Человеческий капитал и профессиональное образование*. 2012;(3):4—9.
13. Колосниченко М. Г., Потапчик Е. Г., Селезнева Е. В., Темницкий А. Л., Шейман И. М., Шишкин С. В. Условия труда и мотивация медицинских работников (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении). М.: Издательский дом ГУ ВШЭ; 2011.
14. Национальный проект «Здоровье». URL: <https://ria.ru/society/20090512/170852739.html> (дата обращения 07.01.2017); Отчеты о реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». Министерство здравоохранения Российской Федерации. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8056-otchet-y-realizatsii-prioritnogo-natsionalnogo-proekta-zdorovie> (дата обращения 07.01.2017).
15. Андреева О. В., Флек В. О., Соковикова Н. Ф. Аудит эффективности использования государственных ресурсов в здравоохранении РФ: анализ и результаты. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2006.

Поступила 18.10.2017  
Принята в печать 29.11.2018

### REFERENCES

1. Bokovnya A. Ye. Motivation — the basis of human resources management (theory and practice of forming a motivating organizational environment and creating a unified system of motivation for the company) [Motivatsiya — osnova upravleniya chelovecheskimi resursami (teoriya i praktika formirovaniya motiviruyushchey organizatsionnoy sredy i sozdaniya yedinoi sistemy motivatsii kompanii)]. Moscow: NIC Infra-M; 2013 (in Russian).
2. Kibanov A. Ya. (ed.). Yuman Resource management in Russia: history and present [Upravlenie personalom v Rossii: istoriya i sovremenost']. Moscow: NIC INFRA-M; 2013 (in Russian).
3. Fedoseev V. N. Personnel Management [Upravleniye personalom]. Moscow: Izdatelsyriy centr MarT; 2006 (in Russian).
4. Bogacheva E. V. The development of motivation to achieve and reduce the level of motivation to avoid failures as a way to optimize the work motivation of nurses. *Vestnik Tverskogo gosudarstvennogo uni-*

- versiteta. *Seriya: Pedagogika i psikhologiya*. 2011;(2):197—201 (in Russian).
5. Vishnyakov A. I. Psychological features of labor motivation and its relationship with value orientations of employees of medical institutions. *Azimut nauchnykh issledovaniy: pedagogika i psikhologiya*. 2016;5(3):245—8 (in Russian).
  6. Ilyukhina L. A. Motivation and stimulation of labor activity of paramedical personnel. *Vestnik Samarskogo gosudarstvennogo ekonomicheskogo universiteta*. 2014;(6):136—40 (in Russian).
  7. Kruglova Yu. V. The problem of motivation of labor activity of medical workers. *Pravo I obshchestvo*. 2013;(8):277—88 (in Russian).
  8. Kolosnitsyna M. G., Sheiman I. M., Shishkin S. V. Economics of Health [*Ekonomika zdravookhraneniya*]. Moscow: HSE; 2009 (in Russian).
  9. Owen A. V. Getting the best from people. *British Medical Journal*. 1995; 310(6980):648.
  10. Number of medical personnel. Electronic resource Rosstat. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/) (circulation date 02.01.2017)] (in Russian).
  11. Results of federal statistical observation in the sphere of payment for certain categories of workers in the social sphere and science in January-December 2015. Electronic resource. Federal State Statistics Service. URL: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#) (circulation date 02.01.2017)] (in Russian).
  12. Zavyalova N. B., Saginova O. V. The study of staff satisfaction with the efficiency of internal organization processes. *Chelovecheskiy kapital I professional'noye obrazovaniye*. 2012;(3):4—9 (in Russian).
  13. Kolosnitsyna M. G., Potapchik Ye. G., Selezneva Ye. V., Temnitskiy A. L., Sheyman I. M., Shishkin S. V. Working conditions and motivation of medical workers (based on monitoring of economic processes in public health). Moscow: HSE; 2011 (in Russian).
  14. National project «Health». URL: <https://ria.ru/society/20090512/170852739.html>(the date of the application is 07/01/2017); Reports on the implementation of the priority national project «Health». Ministry of Health of the Russian Federation. URL — <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8056-otchety-o-realizatsii-prioritetnogo-natsionalnogo-proekta-zdorovie> (the date of the application is 07/01/2017)] (in Russian).
  15. Andreeva O. V., Flek V. O., Sokovikova N. F. Audit of the effectiveness of the use of public resources in the RF healthcare: analysis and results [*Audit effektivnosti ispol'zovaniya gosudarstvennykh resursov v zdravookhraneni RF: analiz i rezul'taty*]. Moscow: GEOTAR Media; 2006 (in Russian).



Орлов Д. А., Эхте К. А., Дербенев Д. П.

## ХАРАКТЕРИСТИКА КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России, 170000, г. Тверь.

*Проведен анализ кадрового состава врачей Тверской области по данным официальных отчетов. На 1 января 2015 г. в области на 10 тыс. населения приходилось 40 врачей, укомплектованность штатов составляла в среднем 85%. Отмечены феминизация врачебных кадров и преобладание среди врачей лиц предпенсионного и пенсионного возраста. Количество вакансий в государственных медицинских организациях Тверской области составляет 540 врачей (11%). Эти данные практически соответствуют расчету потребности в медицинских кадрах Тверской области, выполненному по утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации методике, в соответствии с которой дефицит врачебных кадров составляет 557 врачей.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* врачи; кадровый состав врачей; укомплектованность штатов врачей; квалификационные категории врачей.

**Для цитирования:** Орлов Д. А., Эхте К. А., Дербенев Д. П. Характеристика кадровых ресурсов системы здравоохранения Тверской области. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):457—460. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-457-460>

**Для корреспонденции:** Орлов Дмитрий Александрович, канд. мед. наук, начальник отдела кадрового обеспечения и медицинского образования в управлении организационно-правового и кадрового обеспечения Министерства здравоохранения Тверской области, e-mail: medtver@mail.ru

Orlov D. A., Ekhte K. A., Derbenev D. P.

### THE CHARACTERISTICS OF PERSONNEL RESOURCES OF MEDICAL CARE SYSTEM OF THE TVER REGION

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Tver State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, 170000, Tver, Russia

*The article presents results of analysis of physicians' personnel of the Tver region according the data of official reports. In the Tver region, at January 1, 2015 there were 40 physicians per 10 000 of population. The staffing made up to 85% in average. The study established certain feminization of personnel and prevalence of individuals of pre-retirement and retirement age. The number of vacancies in state medical organizations of the Tver region made up to 540 physicians (11%). This data factually complies with results of calculation of need in medical personnel in the Tver oblast carried out according technology approved by Ministry of Health of Russia and according which deficiency of medical personnel comes to 557 physicians.*

*К е y w o r d s:* physician; medical personnel; staffing; qualification category.

**For citation:** Orlov D. A., Ekhte K. A., Derbenev D. P. The characteristics of personnel resources of medical care system of the Tver region. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018;26(6):457—460 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-457-460>

**For correspondence:** Orlov D. A., candidate of medical sciences, the head of the Department of personnel support and medical education in management of organizational legal and manpower maintenance of th Tver oblast health care Ministry. e-mail: medtver@mail.ru

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

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

Received 02.03.2016  
Accepted 25.05.2017

Согласно докладу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «A Universal Truth: No health without a workforce», представленному на Третьем глобальном форуме по кадровым ресурсам здравоохранения, дефицит кадров является одной из главных проблем здравоохранения в мире. В Российской Федерации также отмечаются дефицит медицинских кадров, дисбаланс в их распределении по видам и условиям оказания медицинской помощи, обеспеченность врачебными кадрами в субъектах Российской Федерации существенно различается. Совершенствование кадровой политики является одной из главных задач здравоохранения Российской Федерации, важным условием повышения доступности и качества медицинской помощи [1—9].

Проведено исследование кадрового состава врачей Тверской области. Для анализа кадровых ресурсов здравоохранения области были использованы

официальные статистические отчеты (формы № 17, № 30 и № 47) по всем государственным учреждениям здравоохранения Тверской области за 2013—2014 гг. и деперсонифицированные данные из регионально-го сегмента регистра медицинских работников.

На 1-е января 2015 г. в системе здравоохранения региона работало 5264 врача, что составляет 0,8% экономически активного населения региона. Из них 9,4% терапевтов, 7,6% педиатров, 4,8% врачей общей практики, 5,6% организаторов здравоохранения. Таким образом, в Тверской области на 10 тыс. населения приходится 40 врачей. Регион занимает 8-е место по обеспеченности населения врачами в Центральном федеральном округе (ЦФО) и 37-е в Российской Федерации.

Укомплектованность штатного расписания в государственных учреждениях здравоохранения составляет в среднем 84%. Обеспеченность врачам

Т а б л и ц а 1  
Распределение врачей по возрасту (в %)

Возраст	Пол		Оба пола
	женский	мужской	
39 лет и менее	29,2	25,8	28,2
40—54 года	31,8	34,3	32,6
55 лет и более	39,0	39,9	39,3

клинических специальностей — 22,5 на 10 тыс. населения, врачами общей практики (семейными врачами) — 1,9 на 10 тыс. населения. Показатель обеспеченности врачами в Тверской области выше, чем в среднем по Российской Федерации: в 2000—2012 гг. он увеличился с 44,7 до 46,7 на 10 тыс. населения (в Российской Федерации — с 42,2 до 44,1, в ЦФО — с 45,7 до 48,2).

Среди врачей преобладают лица старших возрастов. В интервал до 39 лет попадает менее  $\frac{1}{3}$  врачей, а в интервал старше 55 лет — 40% (табл. 1). Среди мужчин эта тенденция наблюдается более отчетливо, чем среди женщин: к возрастной группе моложе 40 лет относятся 25% врачей-мужчин и 29,2% женщин ( $p < 0,05$ ).

В области отмечается значительная феминизация врачебного состава: количество женщин превышает  $\frac{2}{3}$  общего числа врачей. Доля мужчин минимальна в возрасте до 39 лет (27,5%), в возрастной группе 40—54 года она несколько возрастает (32%;  $p > 0,05$ ).

В пенсионном и предпенсионном возрастах находятся послевоенные поколения врачей, когда происходило компенсационное повышение рождаемости и приток молодых кадров был достаточно велик. Поэтому ежегодно только для компенсации выхода на пенсию и предотвращения дальнейшего негативного смещения половозрастной структуры врачей Тверской области в сторону более старших возрастов необходим приток в отрасль не менее 140 выпускников медицинского университета. Мы предполагаем, что выпускники вузов, родившиеся в 1990-е годы, с большим трудом смогут компенсировать выход на пенсию своих более опытных коллег. Количество ежегодно принимаемых на работу врачей в области значительно меньше необходимого.

Дефицит врачей в медицинских организациях по фактически требуемым вакансиям на 1 января 2015 г. в медицинских организациях Тверской области составляет 540 (10%) врачей. Эти данные практически соответствуют расчету потребности в медицинских кадрах Тверской области, выполненному по

утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации методике, в соответствии с которой дефицит врачебных кадров составляет 557 врачей. Наибольший дефицит наблюдается по специальностям врач-терапевт участковый, врач-педиатр, врач-терапевт, врач скорой медицинской помощи, врач-педиатр участковый, врач-невролог, врач анестезиолог-реаниматолог, врач-оториноларинголог, врач общей практики (семейный врач).

С 1989 по 2014 г. численность врачей в области сократилась с 6445 до 5982 человек, при этом в 2006 и 2007 гг. она превышала уровень 1989 г., а с 2008 по 2011 г. была практически наравне с 1989 г. (табл. 2).

В соответствии с Порядком составления сводных годовых статистических отчетов органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации за 2013 г., аспиранты, клинические ординаторы, интерны в период учебы выполняют должностные обязанности только под руководством врачей специалистов, поэтому данные специалисты с отчетов за 2013 г. не входят в суммарное количество врачей Тверской области.

Пик снижения численности пришелся на 2013 и 2014 гг. Мы не можем не замечать отрицательную динамику, хотя оцениваем ее как умеренную.

Одна из реальных возможностей компенсировать дефицит кадров — подготовка специалистов для медицинских учреждений области по целевому направлению. На территории региона целевая подготовка специалистов с высшим медицинским образованием реализуется активно. Преимущественным правом поступления обладают абитуриенты из сельских территорий и медицинских организаций, испытывающих наибольший дефицит кадров, заключившие с руководителем государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тверской области договор на дальнейшее трудоустройство по избранному направлению подготовки (специальности). В 2015 г. в рамках целевого приема приступило к обучению 80 граждан по образовательным программам высшего образования, со всеми студентами заключен договор о целевом обучении. Обязательным условием договора о целевом обучении между медицинской организацией и гражданином является предоставление организацией гражданину в период обучения мер социальной поддержки, в том числе материального стимулирования. Чтобы обучить необходимое число специалистов, поступивших по целевому направлению, единственному в регионе специализированному вузу — Тверскому государственному медицинскому университету — необходимо произвести 8—9 выпусков. Однако с учетом оттока мо-

Т а б л и ц а 2

Количество работающих врачей в различные годы

Показатель	1989 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Число врачей (кроме зубных) на конец года, физических лиц	6445	6599	6496	6405	6358	6402	6453	6264	6117*	5982*
Процент к 1989 г.	100	102,39	100,79	99,38	98,65	99,33	100,12	97,19	94,91	92,81

Примечание. \*Число врачей на конец 2013 и 2014 гг. указано с учетом интернов, ординаторов и аспирантов.

Таблица 3

Распределение врачей по квалификационной категории

Категория	1989 г.		2006 г.		2010 г.		2013 г.	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Высшая	234	3,6	1835	27,8	2020	31,5	1812	29,6
Первая	779	12,1	1265	19,2	852	13,3	605	9,9
Вторая	482	7,5	505	7,6	413	6,5	312	5,1
Все категории	1495	23,2	3605	54,6	3285	51,3	2729	44,6
Нет категории	4950	76,8	2994	45,4	3117	48,7	3388	55,4
Всего...	6445	100	6599	100	6402	100	6117	100

лодых врачей из профессии и перехода в частные клиники на решение кадровой проблемы могут потребоваться десятилетия.

Ведется проверка исполнения целевых договоров, доезд молодых специалистов в нашей области составляет в среднем 65—70%. Но бывает и так, что поступивший на льготных условиях и обученный за государственный счет специалист предпочитает остаться в г. Твери или вообще уезжает из региона. Это одна из причин кадрового кризиса в районах. Введение на федеральном уровне финансовой ответственности за неисполнение договорных обязательств стало вариантом разрешения этой ситуации. Однако, учитывая, что изменения введены с 2014 г., почувствовать их мы сможем только в 2020—2021 гг.

В период между 1989 и 2006 гг. отмечен скачкообразный рост абсолютного числа врачей, имеющих квалификационную категорию (с 1495 до 3605), и их доли в генеральной совокупности врачей (с 23,2 до 54,6%; табл. 3). Этот рост связан преимущественно с увеличением числа врачей, получивших высшую квалификационную категорию. В 2013 г. показатель снизился, но остался достаточно высоким (44,6%).

Количество врачей с высшей категорией за изучаемый период выросло почти в 8 раз, с 234 человек в 1989 г. до 1812 в 2013 г. (774% к уровню 1989 г.). Доля врачей, имеющих первую и вторую квалификационные категории, за этот период изменилась незначительно.

Возможно, значительное увеличение доли врачей с высшей категорией является свидетельством снижения требований при ее получении. С 2010 г. наметилась тенденция к сокращению доли работников, имеющих ту или иную квалификационную категорию. Это, вероятно, связано со снижением мотивации. И сейчас доля врачей, имеющих квалификационную категорию, составляет около 45% работающих в медицинских организациях области.

Опытные руководители медицинских организаций в большинстве случаев знают, какой квалификацией обладает тот или иной сотрудник. Однако обязательство оказывать медицинскую помощь и отсутствие конкуренции на рынке труда медицинских работников не позволяют проводить необходимую ка-

дровую политику и увольнять врачей, не имеющих необходимой квалификации.

Заключение

Изучение кадрового состава врачей Тверской области показало, что при более высокой, чем в среднем по Российской Федерации, обеспеченности врачами ее населения, среди них весьма значительна доля лиц предпенсионного и пенсионного возраста. Количество трудоустраиваемых молодых врачей после окончания обучения недостаточно. Дефицит врачей в медицинских организациях по фактически требуемым вакансиям в Тверской области на 1 января 2015 г. составляет 540 человек (11%).

С целью решения существующих кадровых проблем целесообразны следующие меры:

- оптимизация планирования, штатной численности и структуры кадров;
- совершенствование подготовки кадров;
- внедрение балльно-рейтинговой (модульно-накопительной) системы непрерывного профессионального образования кадров здравоохранения;
- активное вовлечение профессиональных ассоциаций в решение кадровых проблем;
- частичная передача функций по развитию кадровых ресурсов здравоохранения профессиональным объединениям;
- модернизация кадровых служб медицинских организаций;
- непрерывность профессионального развития;
- социальная защищенность.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.who.int/>
2. Алленов А. М., Никифоров С. А. Обеспечение врачевными кадрами здравоохранения Курганской области. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья*. 2015;(1):8—12.
3. Стародубов В. И., Иванова М. А., Бантьева М. Н., Армашевская О. В., Соколовская Т. А. Деятельность и обеспеченность специалистами первичного звена. *Русский медицинский журнал*. 2014;(6):4—7.
4. Щепин В. О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2013;(6):24—8.
5. Савинкина Л. А., Шепелова Т. С. Проблема дефицита медицинских кадров и пути ее решения. *Современные проблемы науки и образования*. 2014;(6):569.
6. Баянова Н. А., Чолоян С. Б., Борщук Е. Л. К вопросу об обеспеченности врачевными кадрами в Оренбургской области. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья*. 2013;(1):85—7.
7. Сон И. М., Перхов В. И., Касаева Т. Ч., Белостоцкий А. В. Некоторые аспекты кадрового обеспечения федеральных государственных учреждений здравоохранения. Социальные аспекты здоровья населения. 01.03.2011 г. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/269/30>
8. Смольянинова Е. Н., Просалова В. С. Проблема кадрового обеспечения системы здравоохранения и пути ее решения на примере Приморского края. *Фундаментальные исследования*. 2014; 10(5):968—72.

9. Орлов Д. А., Эхте К. А., Дербенев Д. П. Самооценка врачами их квалификации и социального положения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015;(6): 35—7.

Поступила 02.03.2016  
Принята в печать 25.05.2017

## REFERENCES

1. World Health Organization's website [electronic resource]. Access: <http://www.who.int/>
2. Allenov A. M., Nikiforov S. A. Providing physicians the health workforce Kurgan region. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health*. 2015;(1):8—12 (in Russian).
3. Starodubov V. I., Ivanova M. A., Banteva M. N., Armashevskaya O. V., Sokolovsky T. A. Activities and provision of primary care specialists. *Russian Medical Journal*. 2014;(6):4—7 (in Russian).
4. Schepin V. O. Security of the Russian Federation population essential human resources of the state health care system. *Problems of Social Hygiene, health and medical history*. 2013;(6):24—8 (in Russian).
5. Savinkina L. A., Shepelova T. S. The problem of shortage of medical personnel and ways to solve it. *Modern problems of science and education*. 2014;(6):569 (in Russian).
6. Bayanova N. A., Choloyan S. B., Borschuk E. L. To a question about the availability of medical personnel in the Orenburg region. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health*. 2013;(1):85—7 (in Russian).
7. Son I. M., Perho V. I., Kasayeva T.Ch., Belostotsky A. V. Some aspects of the staffing of federal public health agencies. *Social aspects of public health*. 01.03.2011. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/269/30> (in Russian).
8. Smolyaninova E. N., Prosalova V. S. The problem of staffing the health care system and its solutions on an example of Primorye Territory. *Basic research*. 2014;10(5):968—72 (in Russian).
9. Orlov D. D., Ekhte K. A., Dербенев D. P. Self-assessment doctors of their qualification and their social status (on materials of the Tver region). *Problems of Social Hygiene, health and medical history*. 2015;(6):35—7 (in Russian).

За рубежом

## За рубежом

© Коновалов О. Е., Бейсенбаева Ж. М., 2018  
УДК 614.2:616.12-082(574)

**Коновалов О. Е., Бейсенбаева Ж. М.**

### **ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

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

*Изучены показатели заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения населения Южно-Казахстанской области за 2004—2015 гг. Проанализированы годовые отчеты о деятельности Областного кардиологического центра за 2013—2016 гг. В 2016 г. в Центр госпитализировано 4237 пациентов, из них 80,7% — в экстренном порядке. В целом лечение в Областном кардиологическом центре прошли 59,4% опрошенных пациентов. Все респонденты — жители областного центра, только 25,4% из сельской местности, что связано с низкой доступностью для них кардиологической и кардиохирургической помощи. За анализируемый период отмечено увеличение частоты отказов в госпитализации на 15,8%. Ведущими причинами отказа в 2016 г. служили отсутствие показаний для экстренной госпитализации и для госпитализации вообще, непрофильность пациентов, а также самоотказы. В статье представлены результаты социологического опроса 784 пациентов с болезнями системы кровообращения, обратившихся в медицинские организации Южно-Казахстанской области. Установлено, что основными причинами неудовлетворенности медицинской помощью в Областном кардиологическом центре являются длительное ожидание очереди, невнимательное отношение персонала, низкая доступность планового стационарного лечения, недостаточная результативность лечения и слабое обеспечение бесплатными медикаментами.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** болезни системы кровообращения; специализированная медицинская помощь; высокотехнологичная медицинская помощь; Южно-Казахстанская область.

**Для цитирования:** Коновалов О. Е., Бейсенбаева Ж. М. Организация специализированной и высокотехнологичной кардиологической помощи в Республике Казахстан. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):461—464. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-461-464>

**Для корреспонденции:** Коновалов Олег Евгеньевич, д-р мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены, e-mail: [konovalov\\_oe@pfur.ru](mailto:konovalov_oe@pfur.ru)

**Konovallv O. E., Beisenbaieva J. M.**

### **THE ORGANIZATION OF SPECIALIZED AND HIGH-TECH CARDIOLOGIC CARE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The Peoples' Friendship University of Russia» (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

*The article presents the results of analysis of indices of morbidity and mortality of diseases of blood circulation system of population of the Southern Kazakhstan oblast in 2004—2015. The analysis was applied to annual activities reports of the Regional cardiologic Center in 2013—2016. Thus, in 2016 the Center accepted 4237 patients and 80.7% out of them in emergence order. In overall, treatment in the Regional cardiologic Center was applied to 59.4% of respondents. All respondents were residents of municipal center an only 25.4% resided in rural area that is related to lower accessibility of cardiologic and cardio-surgery care for them. During analyzed period, increasing of rate of renunciation of hospitalization up to 15.8% was established. In 2016, the leading causes of renunciation were absence of indications for emergency hospitalization and common hospitalization, non-profile patients and self-repudiation. The article presents the results of sociological survey of 784 patients with diseases of blood circulation system addressing medical organizations of the Southern Kazakhstan oblast. It is established that main causes of dissatisfaction with medical care in the Regional cardiologic Center are long-term waiting for one's turn, inconsiderate attitude of personnel, low accessibility of planned hospital treatment, inadequate effectiveness of treatment, and poor free medications support.*

**К e y w o r d s :** diseases of blood circulation system; specialized medical care; high-tech medical care; the Southern Kazakhstan region

**For citation:** Konovallv O. E., Beisenbaieva J. M. The organization of specialized and high-tech cardiologic care in the Republic of Kazakhstan. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2018;26(6):461—464 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-461-464>

**For correspondence:** Konovallv O. E., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Public Health, Health Care and Hygiene of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The Peoples' Friendship University of Russia». e-mail: [konovalov\\_oe@pfur.ru](mailto:konovalov_oe@pfur.ru)

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

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

Received 12.10.2017  
Accepted 21.12.2017

Кардиология среди других направлений медицинской науки стремительно развивается, внедряя в клиническую практику новейшие методы диагно-

стики и лечения заболеваний сердца и сосудов. Несмотря на ощутимые успехи фундаментальных и прикладных исследований, болезни системы крово-

обращения (БСК) десятилетиями остаются важнейшей медико-социальной проблемой во всех экономически развитых странах мира [1, 2]. БСК в структуре заболеваемости и смертности населения Республики Казахстан (РК) также занимают лидирующие позиции. В 2016 г. их доля в общей структуре смертности по различным причинам составила 28% [3].

Благодаря реализации Государственной программы «Развитие кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007—2009 гг.» кардиологическая служба страны вышла на новый уровень [4]. Однако вопросы развития региональной кардиологической службы остаются до конца не решенными. В Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» одним из главных принципов государственной политики в области здравоохранения является обеспечение равенства прав граждан на получение доступной, безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи [5, 6].

Значительный рост заболеваемости и недостаточное снижение уровня смертности населения Южно-Казахстанской области от БСК обуславливают актуальность совершенствования специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе сельскому населению.

В оказании специализированной и высокотехнологичной кардиологической помощи сельскому населению главную роль играют областные медицинские учреждения, центры телемедицины, отделения санитарной авиации и выездные врачебные бригады. В настоящее время проводятся работы по совершенствованию организации данного вида помощи населению с позиций системного анализа и ситуационного подхода, включающего не только мероприятия по повышению доступности и качества медицинской помощи, но и меры по оптимизации взаимодействия областного кардиологического центра, органов управления здравоохранением и медицинских учреждений районов области [7].

### Материалы и методы

Для проведения исследования выбрана Южно-Казахстанская область площадью 117,3 тыс. км<sup>2</sup> (4,3% территории республики). В административно-территориальную структуру входят: областной центр г. Шымкент, 3 города областного и 4 города районного подчинения, 11 сельских районов, 836 сельских населенных пунктов [8]. Численность населения области в 2016 г. составила 2841,3 тыс. (16% всего населения республики), из них городское население — 1277,9 тыс., сельское — 1563,3 тыс. человек [9].

Из официальных источников взяты показатели заболеваемости и смертности населения от БСК Южно-Казахстанской области за 2004—2015 гг. Проанализированы годовые отчеты о деятельности Областного кардиологического центра (ОКЦ) за 2013—2016 гг. Также представлены результаты социологического опроса 784 пациентов с БСК, обратившихся в медицинские организации Южно-Казахстанской

области. Анкета разработана с целью оценки доступности и качества высокоспециализированной медицинской помощи, оказываемой ОКЦ. Опрошенные пациенты были разделены на три группы. В 1-ю группу вошли пациенты ОКЦ ( $n=312$ ), во 2-ю — обратившиеся в сельские медицинские учреждения, т. е. амбулатории, поликлиники, сельские больницы ( $n=244$ ); в 3-ю группу — пациенты центральной районной больницы ( $n=228$ ).

Для математической обработки данных использованы методы вариационной статистики. При оценке достоверности различий применялся параметрический критерий Стьюдента ( $t$ ). Использовались пакеты стандартных статистических программ Statistika 6.0 и Excel 7.0.

В социологическом опросе приняли участие 50,7% женщин и 49,3% мужчин. Средний возраст опрошенных пациентов составлял  $58,4 \pm 13,7$  года, 77,6% из них были в возрасте старше 50 лет, 20,2% респондентов относились к лицам пожилого и старческого возраста.

### Результаты исследования

В 2016 г. для оказания кардиологической помощи населению Южно-Казахстанской области развернуто 388 коек (370 взрослых, 18 детских), кардиохирургических реабилитационных коек — 29 (18 взрослых, 11 детских), кардиологических реабилитационных коек — 86 (68 взрослых, 18 детских), интервенционных кардиологических коек — 18. Функционируют 70 кардиологических кабинетов, из них 38 — в сельских районах, 25 — в поликлиниках г. Шымкент, 7 — в областных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Укомплектованность кардиологами во всех ЛПУ составляет 81% (целевой показатель — 100%).

Согласно данным официальной статистики, показатель смертности населения Южно-Казахстанской области от БСК за 2004—2015 гг. снизился в 2,2 раза, а показатель заболеваемости с впервые в жизни установленным диагнозом вырос на 16,4%.

Высокотехнологическую кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению области оказывает ОКЦ. Территорию обслуживания можно разделить на две зоны: в радиусе 70 км (Сайрамский, Тoleбийский, Тюлькубасский, Казгуртский, Ордабасинский районы) и в радиусе от 70 до 300 км.

ОКЦ состоит из следующих структурных подразделений: отделение интервенционной кардиологии (эндоваскулярных вмешательств) — 20 коек (2 реабилитационные), отделение для лечения больных с острым инфарктом миокарда — 40 коек (2 реабилитационные), отделение для лечения больных с другими формами обострения ИБС и некоторыми некоронарогенными заболеваниями миокарда — 36 коек, кардиохирургическое отделение — 20 коек (2 реабилитационные), в том числе 5 сосудистых, отделение реанимации и интенсивной терапии — 12 коек, отделение кардиохирургической реанимации — 6 коек, дневной стационар — 4 койки, отделение ангиографических исследований, лаборатория внутрисердеч-

За рубежом

Таблица 1

Динамика показателей работы ОКЦ в 2014—2016 гг.

Показатель	2014 г.		2015 г.		2016 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего обращений	6183		6387		6339	
Госпитализировано	4574	74,2	4261	66,7	4237	66,8
Экстренная госпитализация	3172	69,3	3153	74,0	3422	80,7
Плановая госпитализация	1402	31	1108	25,9	815	19,2
Выписано	4482	—	4186	—	4239	—
Отказы в госпитализации	1589	23,2	2211	34,6	2702	39,0
Общее число умерших	96	2,1	88	2,1	102	2,4
Летальность от инфаркта миокарда	70	4,4	79	4,7	90	4,5
Послеоперационная летальность	6	1,5	4	1,2	5	1,6

ных электрофизиологических исследований, консультативно-диагностическое отделение на 75 посещений в смену, клиничко-диагностическая лаборатория, кабинет функциональной диагностики, кабинет ультразвуковой диагностики, кабинет экстракорпоральной ударно-волновой терапии, бактериологическая лаборатория.

За период 2014—2016 гг. отмечен рост уровня обращаемости населения Южно-Казахстанской области в ОКЦ на 2,4%. В 2016 г. госпитализированы 4237 пациентов, из них 80,7% — в экстренном порядке. За анализируемый период отмечено увеличение числа отказов от госпитализации на 15,8%. В 2016 г. основными причинами отказа стали отсутствие показаний для госпитализации ( $n = 645$ ), а также показаний для экстренной госпитализации ( $n = 883$ ), несоответствие профилю учреждения ( $n = 780$ ). Кроме того, 212 пациентов были направлены на лечение по месту жительства. В 2016 г. среднее число дней занятости койки составило 315,2, оборот койки — 36,5, среднее пребывание больного на койке — 8,6 дня.

За 2014—2016 гг. отмечается рост общей больничной летальности на 0,3% и послеоперационной на 0,1%. Динамика основных показателей работы ОКЦ представлена в табл. 1.

В 2016 г. в ОКЦ коронароангиографическое исследование (КАГ) проведено 2961 больному, из них 72,3% в экстренном порядке и 51,2% сельских жителям. В сравнении с 2014 г. количество КАГ выросло в 1,1 раза. Отмечен рост количества стентирования коронарных артерий с 1225 в 2013 г. до 1385 в 2016 г., из них 80,5% — по экстренным показаниям, 71,7% — при остром инфаркте миокарда. В динамике также наблюдался рост амбулаторной КАГ с 500 в 2013 г. до 554 в 2016 г.

Количество проведенных операций на открытом сердце уменьшилось в 1,3 раза, операций по установке Оклодера при врожденном пороке сердца (ВПС) — в 1,7 раза. Такая тенденция к снижению количества операций на открытом сердце скорее обусловлена увеличением малоинвазивных интервенционных вмешательств. Другие виды высокоспециализированной медицинской помощи, выполненные в ОКЦ, представлены в табл. 2.

В целом лечение в ОКЦ получили 59,4% пациентов, при этом во 2-й группе только 25,4% ( $p < 0,05$ ). Такое существенное межгрупповое различие объяс-

Таблица 2

Высокоспециализированная медицинская помощь, оказанная в ОКЦ за 2014—2016 гг.

Вид помощи	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Коронарография, всего, абс.	2537	2860	2961
Из них:			
экстренно, %	73,3	72,3	72,5
сельские жители, %	49,3	50,1	51,2
Стентирование коронарных сосудов, всего, абс.	1225	1246	1385
Из них:			
экстренно, %	67	68,2	80,5
экстренно при остром инфаркте миокарда, %	96,7	64,0	71,7
сельские жители, %	50	50,4	51
Амбулаторная КАГ, абс.	500	550	554
Операции на открытом сердце, абс.	398	309	310
В том числе аортокоронарное шунтирование, всего, абс.	170	200	184
Из них:			
сельские жители, %	65,0	53,5	51,6
Коррекция ВПС, всего, абс.	165	40	51
Из них сельские жители, %	77	35	56,8
Коррекция приобретенных пороков сердца, всего, абс.	59	65	72
Из них биоклапаны	22	32	23
Установка окклодера при врожденном пороке сердца, всего, абс.	33	21	19
При дефекте межпредсердной перегородки, абс.	11	8	9
При открытом аортальном протоке, абс.	22	13	10
Внутрисердечное электрофизиологическое исследование сердца (радиочастотная катетерная абляция), абс.	106	69	21

няется разной доступностью высокоспециализированной кардиологической помощи в регионах Южно-Казахстанской области.

Опрос показал, что 71,2% респондентов были удовлетворены медицинской помощью, оказанной им в ОКЦ, 27,5% удовлетворены частично и только 1,3% выразили неудовлетворенность. Последнее мнение было характерно только для пациентов 1-й группы, в двух других группах такие случаи не регистрировались.

Доля респондентов, выразивших удовлетворенность, была наибольшей во 2-й и 3-й группах (90,3 и 93,5% соответственно), что существенно выше, чем в 1-й группе (60,9%;  $p < 0,05$ ). Неудовлетворенность пациентов длительностью ожидания очереди в 1-й группе выразили 31,3% пациентов, невнимательным отношением персонала — 20,9%. С одинаковой частотой назывались такие причины, как низкая доступность планового стационарного лечения (11,2%), недостаточная результативность лечения (10,4%) и низкая доступность бесплатного обеспечения медикаментами (10,4%).

## Выводы

1. За период 2014—2016 гг. отмечен рост уровня обращаемости населения Южно-Казахстанской области в ОКЦ на 2,4%. В 2016 г. среди обратившихся в ОКЦ госпитализировано 66,8%. Средняя продолжительность лечения больного в стационаре составила 8,6 койко-дней. Отмечен также рост общей больничной летальности на 0,3%, послеоперационной на 0,1%.

2. За 3 года в ОКЦ количество КАГ выросло в 1,1 раза, стентирования коронарных артерий — в 1,2 раза, амбулаторной КАГ — 1,1 раза. Количество

проведенных операций на открытом сердце уменьшилось в 1,3 раза.

3. Причинами неудовлетворенности медицинской помощью в ОКЦ стали продолжительность ожидания в очереди, группа различных причин, не классифицируемых в других разделах, невнимательное отношение персонала, низкая доступность платного стационарного лечения, недостаточная результативность лечения и низкая доступность бесплатного обеспечения медикаментами.

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

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кожекенова Л. Г. Особенности организации кардиологической помощи при остром инфаркте миокарда в Республике Казахстан и за рубежом. *Наука и здравоохранение*. 2014;(5):12—8.
2. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008. URL: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burdenofdisease/2004\\_report\\_update/en/index](http://www.who.int/healthinfo/global_burdenofdisease/2004_report_update/en/index). (дата обращения 20.07.2017).
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2015 году: Статистический сборник. Астана; 2016.
4. Байгенжин А. К., Карибеков Т. С., Абseitова С. Р. Вклад национального научного медицинского центра в реализацию государственных программ по развитию кардиологической помощи в Республике Казахстан. *Clinical Medicine of Kazakhstan*. 2017;1(43):13—5.
5. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.nmh.kz/upload/docs/Kodeks\\_RK\\_o\\_zdorov.pdf](http://www.nmh.kz/upload/docs/Kodeks_RK_o_zdorov.pdf)
6. Отраслевая программа «Совершенствование кардиологической и кардиохирургической помощи населению республики Казахстан на 2007—2009 годы». URL: [https://zakon.uchet.kz/rus/history/P070000102\\_/13.02.2007](https://zakon.uchet.kz/rus/history/P070000102_/13.02.2007) (дата обращения 20.07.2017).

7. Logan L. R. Rehabilitation techniques to maximize spasticity management. *Top Stroke Rehabil*. 2011;18(3):203—11.
8. Регионы Казахстана в 2015 году: Статистический сборник. Астана; 2016.
9. Демографический ежегодник Казахстана (статистический сборник). Астана; 2016.

Поступила 12.10.2017  
Принята в печать 21.12.2017

#### REFERENCES

1. Kozhekenova L. G. Features of the organization of the cardiologic help at an acute myocardial infarction in the Republic of Kazakhstan and abroad. *Nauka i zdravookhranenie*. 2014;(5):12—8 (in Russian).
2. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008. URL: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burdenofdisease/2004\\_report\\_update/en/index](http://www.who.int/healthinfo/global_burdenofdisease/2004_report_update/en/index) (accessed 20 July 2017).
3. Health of the population of the Republic of Kazakhstan and activity of the organizations of health care in 2015: Statistical collection. Astana; 2016:358 (in Russian).
4. Baygenzhin A. K., Karibekov T. S., Abseitova S. R. Contribution of the national scientific medical center to implementation of state programs on development of the cardiologic help in the Republic of Kazakhstan. *Clinical Medicine of Kazakhstan*. 2017;1(43):13—5 (in Russian).
5. The code of the Republic of Kazakhstan «About health of the people and a health care system» [Electron resource]. Available at: [http://www.nmh.kz/upload/docs/Kodeks\\_RK\\_o\\_zdorov.pdf](http://www.nmh.kz/upload/docs/Kodeks_RK_o_zdorov.pdf) (accessed 20 July 2017) (in Russian).
6. Industry program «Improvement of the Cardiologic and Cardiac Help to the Population of the Republic of Kazakhstan for 2007—2009». Available at: [https://zakon.uchet.kz/rus/history/P070000102\\_/13.02.2007](https://zakon.uchet.kz/rus/history/P070000102_/13.02.2007) (accessed 20 July 2017).
7. Logan L. R. Rehabilitation techniques to maximize spasticity management. *Top Stroke Rehabil*. 2011;18(3):203—11.
8. Regions of Kazakhstan in 2015: Statistical collection. Astana; 2016:458 (Kazakhstan).
9. Demographic year-book of Kazakhstan (statistical collection). Astana; 2016:196 (Kazakhstan).



# История медицины

© Коллектив авторов, 2018  
УДК 614.2:616.9-022[312.6](470+571)«1950—1990»

**Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С.**

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ В СССР: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ.**

Сообщение 2. 1950—1990 годы

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

*Авторами выявлены, систематизированы и проанализированы показатели заболеваемости инфекционными болезнями в СССР в 1950—1990 гг. Представлены результаты сравнительного анализа заболеваемости инфекционными болезнями в СССР и развитых странах. Доказано, что вопреки существующему в литературе мнению эпидемическая заболеваемость в СССР ликвидирована не была.*

*Ключевые слова:* заболеваемость; инфекционные болезни.

*Для цитирования:* Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С. Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР: мифы и реальность. Сообщение 2. 1950—1990 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):465—471. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-465-471>

*Для корреспонденции:* Затравкин Сергей Наркизович, д-р мед. наук, профессор, зав. отделом истории медицины Национального Научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко, e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

**Zatravkin S. N., Khabriev R. U., Schepin V. O., Sarkisov A. S.**

## **THE MORBIDITY OF INFECTION DISEASES IN THE USSR: MYTHS AND REALITY.**

Report II. 1950—1990

The Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia

*The article considers the made known, systematized and analyzed indices of morbidity of infectious diseases in the USSR in 1950—1990. The results of comparative analysis of morbidity of infectious diseases in the USSR and developed countries are presented. It is proved that despite of current opinion presented in publications epidemiological morbidity in the USSR was not eradicated.*

*Keywords:* morbidity; infectious diseases; the USSR.

*For citation:* Zatravkin S. N., Khabriev R. U., Schepin V. O., Sarkisov A. S. The morbidity of infection diseases in the USSR: myths and reality. Report II. 1950—1990. Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini. 2018;26(6):465—471 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-465-471>

*For correspondence:* Zatravkin S. N., doctor of medical sciences, professor, the Head 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: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

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

*Acknowledgment.* The study had no sponsor support

Received 01.03.2018  
Accepted 01.03.2018

Настоящая статья является продолжением публикации выявленных нами материалов по инфекционной заболеваемости в СССР [1] и посвящена представлению и анализу данных за 1950—1990 гг. В отличие от предыдущего периода, большинство показателей заболеваемости инфекционными болезнями за эти годы можно найти в открытой печати. Однако, во-первых, за показателями заболеваемости такими инфекционными болезнями, как, например, грипп и инфекции верхних дыхательных путей, ветряная оспа, острые кишечные инфекции, все же пришлось обращаться к закрытым источникам, а во-вторых, нам не встретилось ни одной работы, в которой все эти показатели были бы сведены воедино.

Поскольку основные методические вопросы были нами рассмотрены в предыдущем сообщении, то здесь сразу же перейдем к описанию и анализу пока-

зателей заболеваемости. За период 1950—1990 гг. нам удалось обнаружить или рассчитать относительные показатели заболеваемости по 25 инфекционным заболеваниям. Полный перечень этих заболеваний и показатели заболеваемости представлены в табл. 1, а динамика изменений их суммарных значений<sup>1</sup> — на рис. 1.

Первое, что обращает на себя внимание в табл. 1, это значительные успехи советского государства в борьбе с отдельными инфекциями. Была полностью ликвидирована натуральная оспа. До минимальных значений снижена заболеваемость всеми видами ти-

<sup>1</sup> В отношении ветряной оспы и паротита нам не удалось обнаружить точных данных за 1950—1953 гг., для формирования суммарных значений инфекционной заболеваемости мы использовали средние показатели заболеваемости этими нозологическими формами за 10 лет.

Таблица 1

Показатели заболеваемости инфекционными болезнями в СССР в 1950—1990 гг., на 10 тыс. населения

Годы	Заболеемость на 10 тыс. населения																								
	брюшной тиф	сыпной тиф	возвратный тиф	оспа	малярия	корь	скарлатина	коклюш	дизентерия	дифтерия	грипп и инфлюэнца	гонорея	туберкулез	сифилис	острые кишечные инфекции	вирусный гепатит	паротит	полиомиелит	бруцеллез	тулярия	сибирская язва	ветряная оспа	столбняк	менингит	лептоспироз
1950	2,7	0,91	0,001	0,0006	43,4	58,1	33,1	17,5	21,7	4,7	715,64	8,16	56,8	2	36,4	—	н.д.	0,143	2,93	0,363	0,1	н.д.	0,118	0,277	0
1951	2,68	0,85	0,0002	0,016	19,17	82,72	33,32	28,65	31,8	4,73	581,7	7,54	53	1,16	36,3	—	н.д.	0,136	2,84	0,16	0,093	н.д.	0,133	0,19	0
1952	2,63	0,8	0	0,004	9,85	63,27	24,18	25,56	34,8	5,34	777,71	6,62	49,2	0,71	43,2	4,14	н.д.	0,216	3,05	0,134	0,084	н.д.	0,136	0,155	0
1953	2,79	0,75	0	0	6,11	77,61	23,55	26,68	48,13	5,54	742,01	7,27	38	0,53	51	7,03	н.д.	0,19	3,02	0,107	0,067	н.д.	0,139	0,121	0,54
1954	3,03	0,6	0	0	3,78	96,21	30	28,01	56,65	6,35	775,54	7,38	29	0,46	65,7	9,84	23,93	0,29	2,65	0,166	0,064	30,46	0,127	0,127	0,22
1955	3,14	0,5	0	0,003	1,82	92,52	41,89	37,84	50,01	7,63	855,17	7,07	12,9	0,42	61,8	13,24	35,12	0,885	2,25	0,148	0,066	34,27	0,138	0,124	0,32
1956	2,73	0,41	0	0,003	0,65	60,24	34,9	28,78	38,48	7,48	946,08	6,38	18	0,34	55,8	15,18	28,25	0,876	2,25	0,056	0,059	33,35	0,12	0,097	0,17
1957	2,67	0,31	0	0,001	0,25	106,74	22,84	36,27	48,5	6,18	2112,84	6,5	12,8	0,45	163,3	16,22	25,18	0,934	1,84	0,276	0,063	30,19	0,131	0,087	0,14
1958	2,7	0,31	0	0,001	0,12	79	28,5	39,1	37,4	5,9	1028,53	7	18,3	0,62	150	17,89	36,78	1,07	1,72	0,061	0,045	39,69	0,121	0,09	0,16
1959	2,3	0,27	0	0,002	0,076	81,6	31	36,8	39,6	4,1	2041,32	6,54	17,5	0,5	143,9	17,5	32,89	0,65	1,57	0,047	0,048	38,76	0,114	0,068	0,15
1960	2,2	0,29	0	0,002	0,017	97,2	31,3	25,9	37,52	2,5	925,65	7,4	17	0,56	127,8	23,95	39,55	0,33	1,38	0,062	0,035	41,42	0,108	0,045	0,22
1961	2,2	0,27	0	0	0,016	90,4	27,5	20,1	32,59	1,14	1103,88	7,3	16,9	0,53	110,9	26,59	41,46	0,17	1,31	0,042	0,04	40,46	0,104	0,036	0,27
1962	1,84	0,22	0	0	0,017	96,94	23,81	21,28	32,63	0,69	2006,73	6,8	9,1	0,36	104,46	20,87	30,24	0,08	1,11	0,032	0,038	41,56	0,098	0,027	0,22
1963	1,83	0,21	0	0	0,009	73,27	21,93	16,23	36,82	0,4	1312,85	7,24	14,7	0,29	102,82	19,3	35,84	0,04	0,96	0,071	0,033	41,4	0,091	0,023	0,31
1964	1,39	0,2	0	0	0,021	89,3	22,3	12,6	24,2	0,3	1046,19	8,34	13,4	0,29	78,13	22,73	52,17	0,02	0,82	0,025	0,027	50,65	0,072	0,022	0,13
1965	1,1	0,16	0	0	0,014	92,3	23	8,2	28,2	0,2	1827,66	8,68	12,6	0,29	63	20,39	41,2	0,013	0,67	0,029	0,029	43,36	0,059	0,02	0,16
1966	1,18	0,14	0	0	0,012	74,95	29,67	6,25	44,07	0,13	1277,17	6,8	11,1	0,4	46,4	19,96	26,66	0,012	0,6	0,012	0,04	45,17	0,055	0,021	0,19
1967	1,02	0,14	0	0	0,008	76,19	25,31	4,86	38,7	0,11	1799,27	8,5	8,4	0,52	42	15,8	37,87	0,006	0,51	0,012	0,028	42	0,05	0,05	0,18
1968	0,98	0,13	0	0	0,007	66,29	21,07	5,01	34,24	0,093	1343,4	10,5	8,9	0,76	39	15,58	44,06	0,005	0,4	0,008	0,025	42	0,042	0,1	0,005
1969	0,95	0,12	0	0	0,012	21,22	18,08	2,19	41,83	0,071	1974,93	10,6	8,3	1,1	38	14,1	27,97	0,008	0,35	0,002	0,015	42	0,04	0,15	0,006
1970	0,9	0,11	0	0	0,253	19,42	19,36	1,63	46	0,045	2300,21	10,6	7,96	1,43	36,4	15,93	29,36	0,011	0,28	0,001	0,021	39,28	0,03	0,2	0,03
1971	0,77	0,136	0	0	0,039	11,78	12,91	1,4	64,63	0,02	1684,81	11,1	7,24	2,34	24,6	17,16	35,9	0,008	0,243	0,002	0,026	46,17	0,03	0,27	0,105
1972	0,79	0,137	0	0	0,041	11,46	12,76	1,21	49,76	0,013	2216,92	11,2	6,97	2,22	23,9	21,68	31,67	0,007	0,22	0,005	0,016	46	0,02	0,5	0,04
1973	0,8	0,121	0	0	0,021	14,84	14,56	1,23	55,71	0,011	1854,57	11,3	6,7	1,98	24,5	20,91	35,84	0,006	0,24	0,005	0,018	45,01	0,02	0,36	0,042
1974	0,92	0,132	0	0	0,017	14,3	14,2	0,59	62,03	0,007	2159,74	10,8	6,32	1,06	101,88	27,63	36,76	0,005	0,229	0,006	0,021	47,39	0,02	0,32	0,04
1975	1,02	0,079	0	0	0,017	12,5	14,94	1,29	36,38	0,007	2374,63	10,7	5,9	2,1	70,02	25,42	36,5	0,004	0,226	0,002	0,015	52,92	0,02	0,31	0,02
1976	0,82	0,071	0	0	0,014	12,18	11,91	0,87	40,47	0,009	2270,93	14,3	5,6	2,1	78,35	25,15	32,74	0,01	0,217	0,005	0,014	48,15	0,02	0,29	0,027
1977	0,88	0,006	0	0	0,017	20,89	11	0,66	19,97	0,01	2032,62	14,9	5,3	2,3	53,86	22,55	31,3	0,006	0,202	0,019	0,011	54,47	0,01	0,26	0,025
1978	0,69	0,047	0	0	0,019	14,53	9,33	0,95	30,78	0,01	2219,44	14,7	5,1	2,1	67,51	28,49	42,12	0,008	0,111	0,012	0,016	53,97	0,02	0,25	0,023
1979	0,64	0,042	0	0	0,04	13,4	8,7	0,5	17,49	0,013	2276,1	14,79	5,01	1,97	49,9	30,2	38,7	0,006	0,131	0,004	0,011	51,39	0,01	0,3	0,03
1980	0,64	0,034	0	0	0,062	12,82	8,48	0,96	28,91	0,021	2539,01	14,3	4,95	1,6	66,61	31,53	33,3	0,011	0,14	0,024	0,01	53,59	0,01	0,29	0,067
1981	0,64	0,033	0	0	0,063	17,28	12,04	1	18,38	0,034	2090,82	13,6	4,77	1,4	52,5	35,29	38,49	0,009	0,173	0,006	0,008	58,04	0,01	0,31	0,041
1982	0,64	0,027	0	0	0,069	8,59	10,77	0,709	22,33	0,051	2227,89	13	4,69	1,2	58,56	43,03	29,44	0,006	0,168	0,011	0,009	57,52	0,01	0,31	0,087
1983	0,685	0,021	0	0	0,085	9,19	9,53	0,945	26,22	0,058	2751,25	12,4	4,64	1,05	63,32	32,24	15,91	0,004	0,18	0,017	0,009	54,48	0,01	0,31	0,054
1984	0,685	0,019	0	0	0,1	9,8	10	1,94	22,35	0,055	2592,8	11,3	4,57	0,96	57,4	33,7	17,7	0,004	0,185	0,004	0,006	59,34	0,01	0,29	0,058
1985	0,63	0,019	0	0	0,08	5,9	12,8	0,63	33,1	0,041	2738,3	9,46	4,48	0,76	59,4	30,1	19,5	0,006	0,19	0,005	0,006	64	0,009	0,22	0,005
1986	0,47	0,01	0	0	0,06	6,7	11,7	0,72	34	0,038	2102,5	8,63	4,37	0,56	60,2	30,5	12,7	0,006	0,19	0,005	0,006	60,5	0,007	0,21	0,005
1987	0,45	0,01	0	0	0,06	5,8	7,5	1,59	28	0,03	2799,9	9,07	4,2	0,44	63,8	25,1	7	0,006	0,18	0,005	0,006	49,9	0,007	0,19	0,005
1988	0,4	0,01	0	0	0,05	1,8	7,8	1,29	23,5	0,029	2376,1	10,57	4	0,41	51,1	31,7	5,8	0,003	0,19	0,005	0,007	55,7	0,007	0,16	0,005
1989	0,33	0,01	0	0	0,02	1,6	6,2	1,16	16,5	0,026	2271,10	9,7	3,6	0,3	44,3	31,7	4,7	0	0,19	0,01	0,001	46,63	0,01	0,16	0,001
1990	0,3	0,01	0	0	0,05	1,6	6,2	1,16	16,5	0,026	2271,10	9,7	3,6	0,3	44,3	31,7	4,7	0	0,19	0,01	0,001	46,63	0,01	0,16	0,001

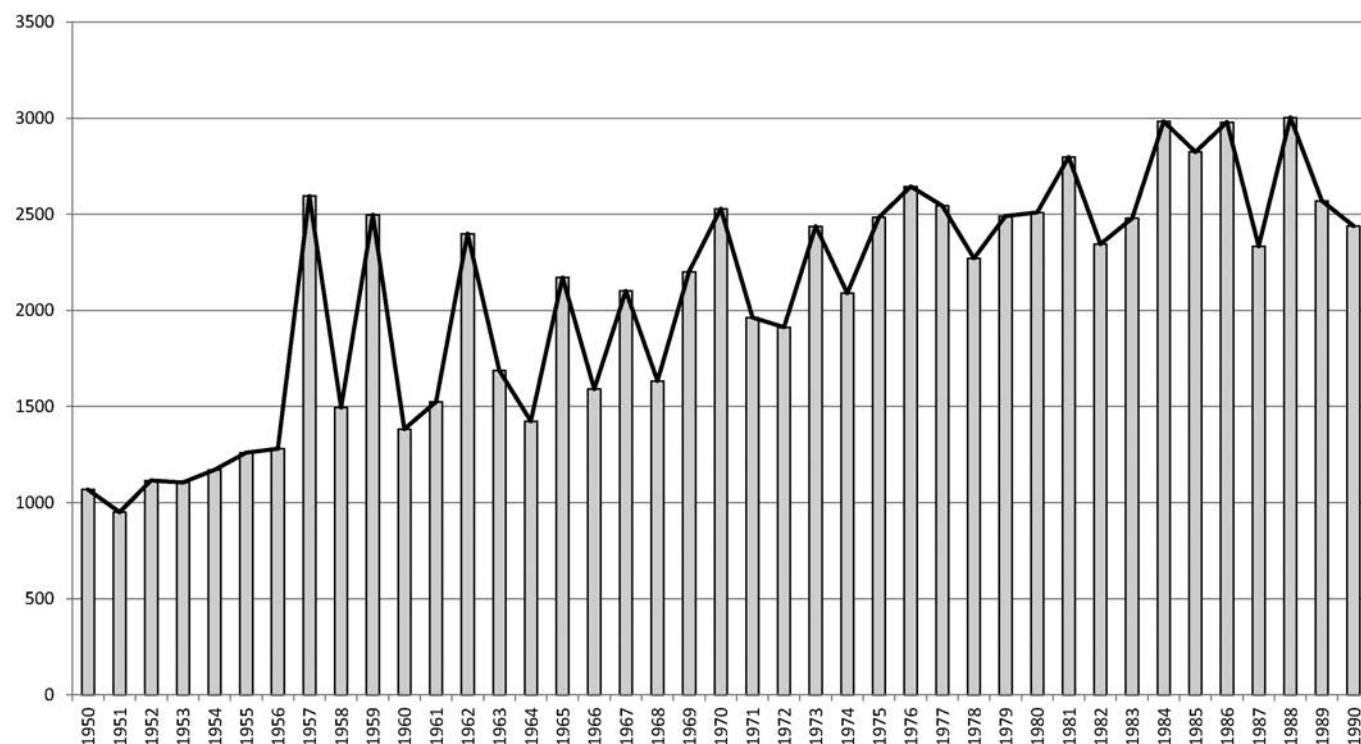


Рис. 1. Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР (25 нозологий) в 1950—1990 гг. (на 10 тыс. населения).

Источники: Здравоохранение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М.; 1966; Инфекционные болезни в СССР. Статистический справочник. Бурга-сов П. Н. (ред.). М.; 1968; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М.; 1976; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М.; 1981; Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. ДСП. М.; 1986; Бурга-сов П. Н. Состояние и перспективы дальнейшего снижения инфекционной заболеваемости в СССР. М.; 1987; Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. М.; 1990; Социальное развитие СССР (Статистический сборник). М.; 1990; РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 68. Д. 6852.

фов, малярией, полиомиелитом, лептоспирозом, сибирской язвой. Во много раз снижена заболеваемость такими инфекционными болезнями, как корь, скарлатина, коклюш, дифтерия, туберкулез, сифилис, полиомиелит, лептоспироз, сибирская язва.

Однако, как и в течение предыдущего периода, снижение заболеваемости одними болезнями существенно перекрывалось ростом заболеваемости другими. Как свидетельствует рис. 1, общий уровень инфекционной заболеваемости в течение 1950—1990 гг. сохранил неутешительную тенденцию к росту.

Этот рост определялся в первую очередь неуклонным увеличением заболеваемости гриппом и инфекциями верхних дыхательных путей (рис. 2). Советская система охраны здоровья оказалась не готова к тем вызовам, которые последовали после 1957 г. в связи с появлением новых штаммов вируса гриппа. В результате, ежегодно гриппом и инфекциями верхних дыхательных путей в СССР болели от 35 до 75 млн человек, а государство несло экономические потери, оценивавшиеся от 3 до 5 млрд рублей [2], что составляло около четверти всех расходов на здравоохранение.

Руководители советского здравоохранения объясняли сложившуюся ситуацию исключительно влиянием социальных факторов: урбанизацией и интенсификацией миграции населения, повышением оплаты листов нетрудоспособности, улучшением медицинского обслуживания населения, способ-

ствовавшим более полному выявлению и учету больных [2].

Однако выполненный нами сравнительный анализ заболеваемости гриппом в СССР и ряде стран Северной, Центральной и Южной Европы (рис. 3), в которых «урбанизация», «миграция» и качество медицинского обслуживания не уступали советским, не позволяет принять эти объяснения.

С нашей точки зрения, ведущую роль в неуклонном росте заболеваемости гриппом и инфекциями верхних дыхательных путей в СССР в 1957—1990 гг. играли не социальные факторы, а недостаточная эффективность проводившихся в нашей стране профилактических мероприятий. Приведем только один факт. В СССР отказались от применения хорошо зарекомендовавших себя на Западе инактивированных вакцин подкожного или внутримышечного введения, а использовали живые гриппозные вакцины, вводившиеся в верхние дыхательные пути и обладавшие высокой реактогенностью, не позволявшей иммунизировать ими детей в возрасте до 16 лет [3].

Однако общий рост заболеваемости инфекционными болезнями был связан не только с эпидемиями гриппа. В 1950—1990 гг. наблюдался существенный рост заболеваемости и другими инфекциями. В частности, росла заболеваемость гепатитами, острыми кишечными инфекциями (см. табл. 1). Существенно увеличилась заболеваемость дизентерией, причем показатели заболеваемости дизентерией в 1968—

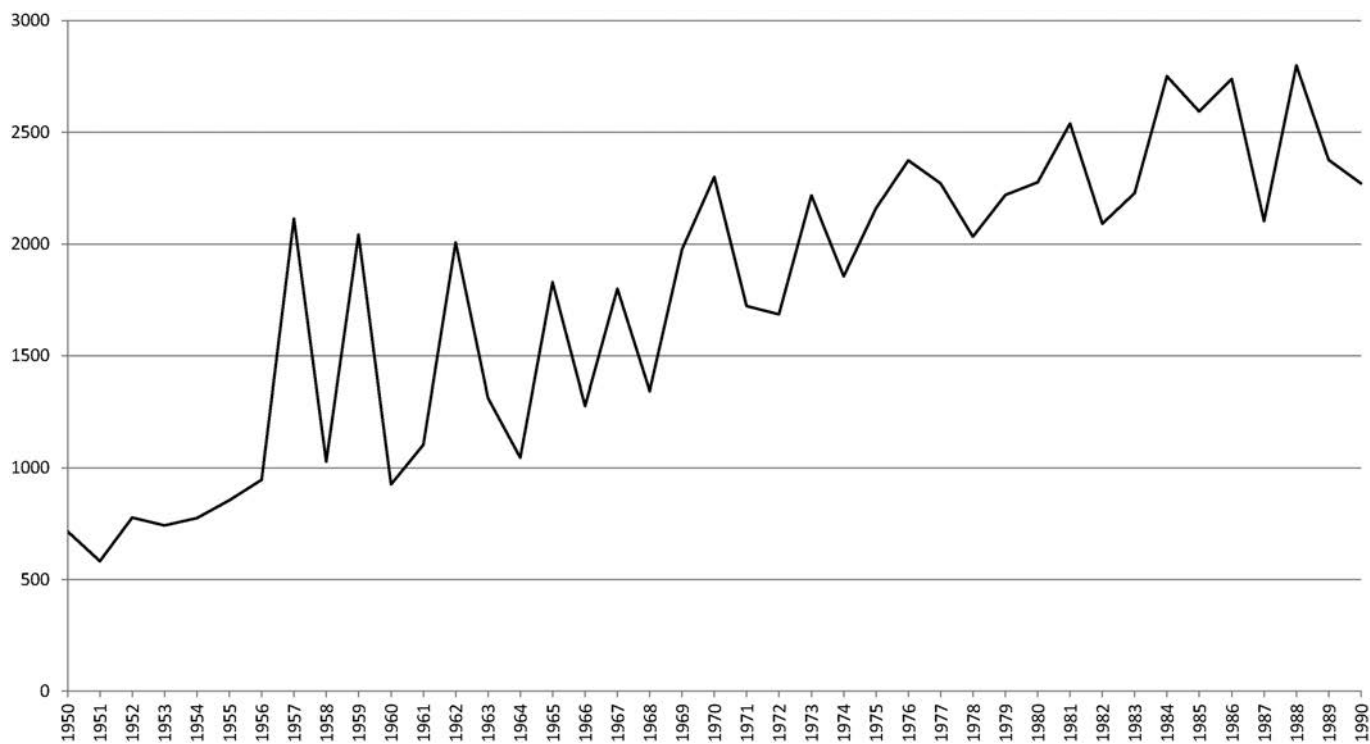


Рис. 2. Заболеваемость гриппом и инфекциями верхних дыхательных путей в СССР в 1950—1990 гг. (на 10 тыс. населения).

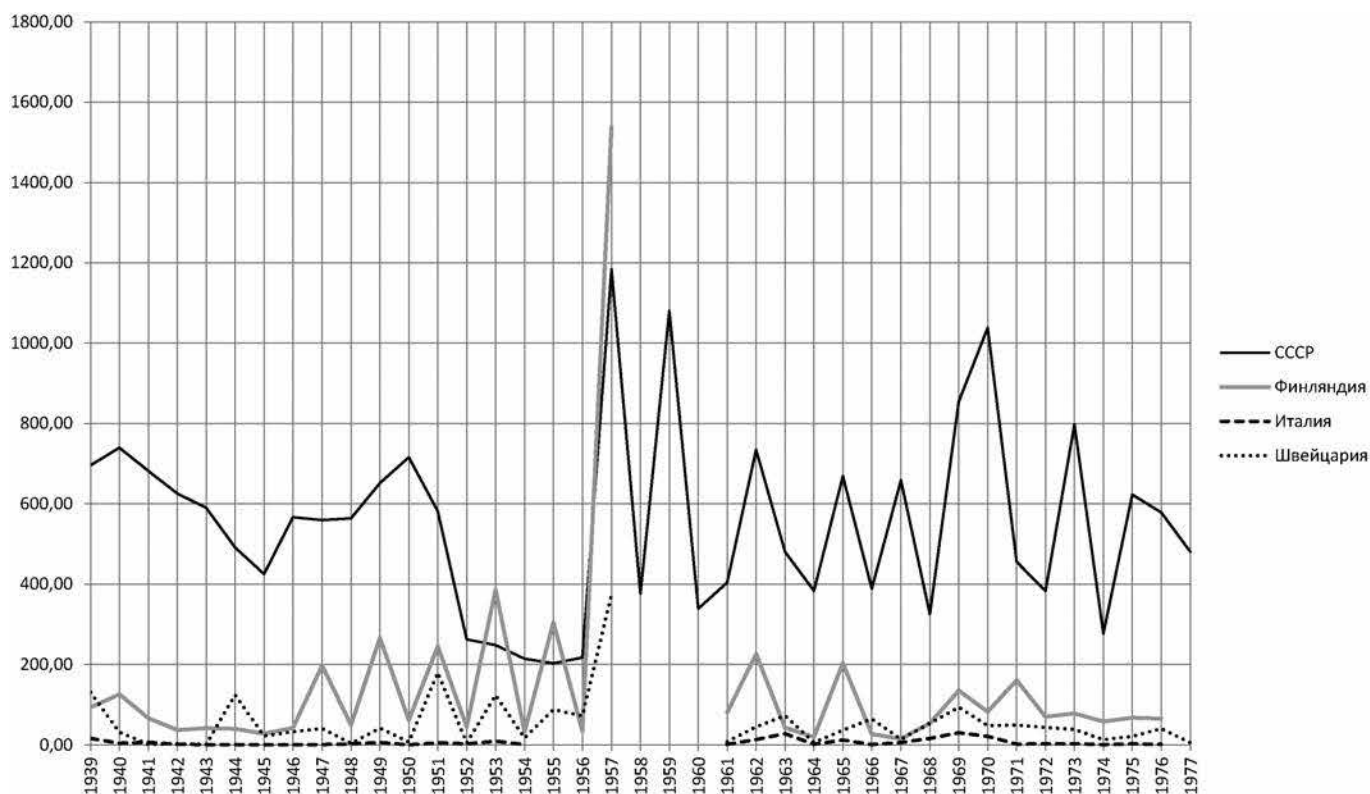


Рис. 3. Заболеваемость гриппом в СССР, Финляндии, Швейцарии, Италии в 1939—1977 гг. (на 10 тыс. населения).

Источники: Annual epidemiological and vital statistics. 1939—1946. Parth I. Vital statistics and causes of death. Geneva; 1951; 250—253; Epidemiological and vital statistics report. Geneva; 1950—1967; World health statistics report. Geneva; 1968—1978.

1976 г. оказалась даже выше показателей 1930-х годов (рис. 4).

В числе основных причин роста заболеваемости дизентерией, острыми кишечными инфекциями, ге-

патитами в первую очередь следует назвать серьезные дефекты в организации водоснабжения населенных пунктов. В их числе — грубые нарушения при строительстве, ремонте и эксплуатации систем

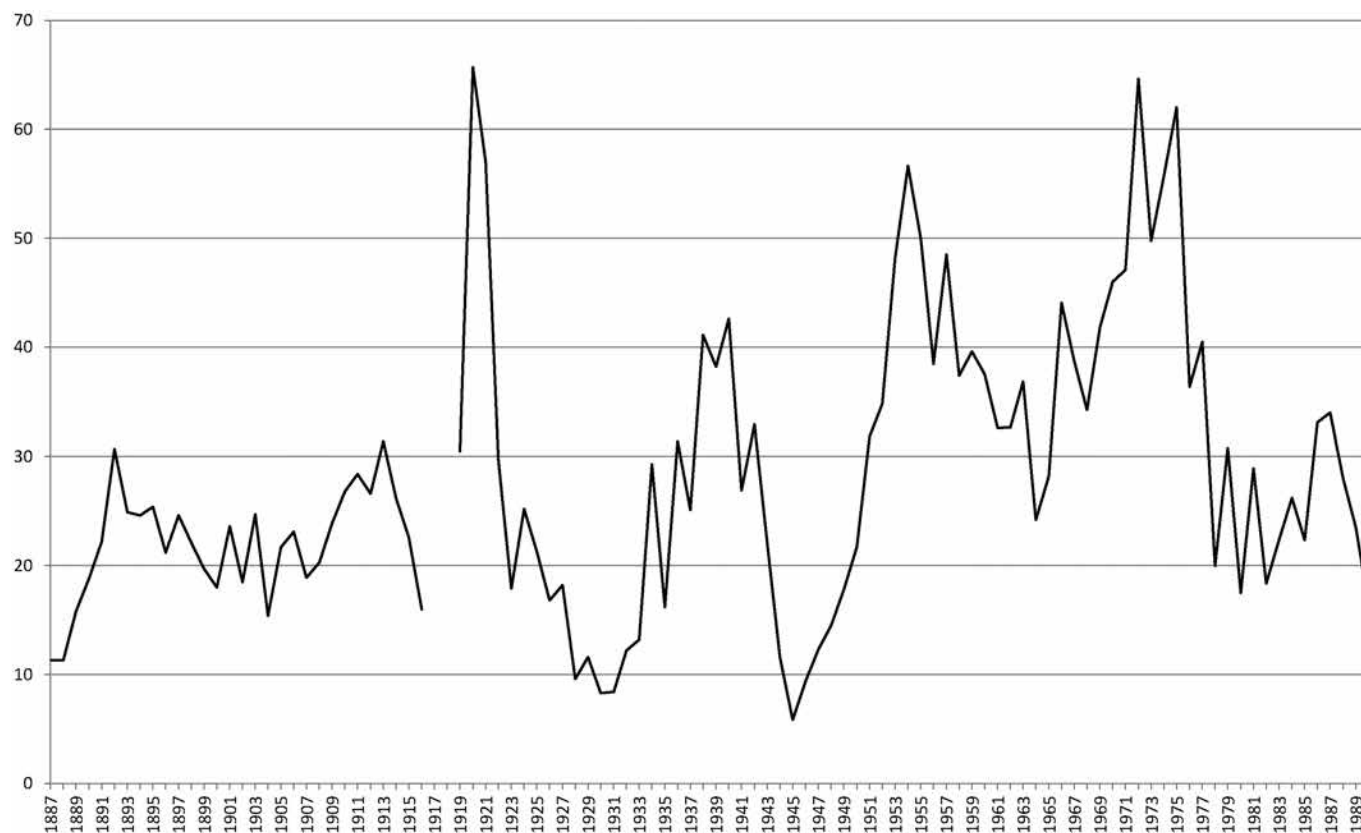


Рис. 4. Заболеваемость дизентерией в 1887—1990 гг. (на 10 тыс. населения).

водоснабжения и канализации, плохое санитарно-техническое состояние водопроводов, недостаточное, а порой просто примитивное, обеззараживание воды, расположение водозаборов в черте населенных пунктов, загрязнение водоемов, использовавшихся для питьевого водоснабжения<sup>2</sup>, сточными водами от промышленных и сельскохозяйственных объектов [4], отсутствие зон санитарной охраны водоемов<sup>3</sup>. Проведенное в 1988 г. масштабное исследование поверхностных водоемов в местах водопользования населения выявило, что 27% проб воды не удовлетворяли санитарным нормам по бактериологическим показателям [5, с. 179].

Второй важнейшей причиной служила инфицированная продукция предприятий пищевой промышленности СССР, общественного питания, пищеблоков детских, оздоровительных и дошкольных учреждений. Санитарное исследование пищевых продуктов, проведенное тогда же, в 1988 г., обнаружило несоответствие санитарным нормам в каждой десятой пробе мясных, рыбных, мучных изделий и продуктов детских молочных кухонь, в каждой пятой пробе консервов и кондитерских изделий [5, с. 180]. Хуже всего обстояли дела с продукцией молокоперерабатывающих предприятий — смета-

ной, кефиром, творогом и творожными изделиями. Обследование предприятий показало, что только в РСФСР около 300 молокоперерабатывающих заводов не были обеспечены необходимым технологическим оборудованием, закваска осуществлялась вручную, в результате чего их продукция совершенно не отвечала санитарным требованиям [6].

Кроме названных выше инфекций, в 1950—1990 гг. почти двукратный рост заболеваемости (с 30 до 60 на 10 тыс. населения) наблюдался в отношении ветряной оспы (см. табл. 1), что было связано с отсутствием эффективных средств специфической профилактики. На протяжении большей части анализируемого нами периода постоянно высокие уровни заболеваемости регистрировались и в отношении паротита, что также явилось следствием отсутствия специфической профилактики. Массовая вакцинация против паротита была введена в СССР только в 1980 г., что в свою очередь сравнительно быстро отразилось на показателях заболеваемости, которая уже к 1985 г. снизилась в 2—3 раза, а ко времени распада СССР — в 5—6 раз (см. табл. 1).

Проведенное нами сравнение заболеваемости отдельными инфекционными болезнями в СССР и США [7] показало существенное превышение заболеваемости в СССР по большинству нозологических форм. В частности, более высокая заболеваемость отмечена в отношении гепатитов, дизентерии, кори, паротита, туберкулеза (см. табл. 2). Обратная картина наблюдается только в отношении инфекций, пе-

<sup>2</sup> В СССР в 1980-х годах водозабор производился из поверхностных водоисточников в 89,5% случаев.

<sup>3</sup> В СССР неудовлетворительно решались проблемы обезвреживания и захоронения хозяйственно-бытовых и производственных отходов. По данным санитарных обследований мест захоронений, санитарные нормы были нарушены в 62% случаев.

Показатели заболеваемости отдельными инфекционными болезнями в СССР и США, на 10 тыс. населения

Год	Вирусный гепатит		Дизентерия		Корь		Паротит		Туберкулез		Гонорея		Сифилис	
	СССР	США	СССР	США	СССР	США	СССР	США	СССР	США	СССР	США	СССР	США
1950			21,7	1,53	58,1	21,01			56,8	8,04	8,16	20,4	2	15,42
1951			31,8	2,08	82,72	34,56				7,73	7,54	17,95	1,16	13,18
1952	4,14	1,11	34,8	1,47	63,27	43,85			49,2	7,05	6,62	16,13	0,71	11,08
1953	7,03	2,10	48,13	1,03	77,61	28,37			38	5,3	7,27	15,74	0,53	10,08
1954	9,84	3,07	56,65	0,85	96,21	42,35			29	4,93	7,38	15,2	0,46	8,75
1955	13,24	1,93	50,01	0,84	92,52	33,79			12,9	4,69	7,07	14,92	0,42	7,6
1956	15,18	1,14	38,48	0,61	60,24	36,59			18	4,16	6,38	14,24	0,34	7,71
1957	16,22	0,87	48,5	0,57	106,74	28,59			12,8	3,92	6,5	12,98	0,45	7,83
1958	17,89	0,93	37,4	0,68	79	44,05			18,3	3,65	7	12,93	0,62	6,85
1959	17,5	1,33	39,6	0,72	81,6	23,01			17,5	3,25	6,54	13,71	0,5	6,93
1960	23,95	2,31	37,52	0,69	97,2	24,54			17	3,08	7,4	13,96	0,56	6,8
1961	26,59	3,96	32,59	0,68	90,4	23,16			16,9	2,94	7,3	14,78	0,53	6,97
1962	20,87	2,84	32,63	0,67	96,94	25,9			9,1	2,87	6,8	14,28	0,36	6,81
1963	19,3	2,27	36,82	0,69	73,27	20,42			14,7	2,87	7,24	14,57	0,29	6,93
1964	22,73	1,97	24,2	0,68	89,3	23,94			13,7	2,66	8,34	15,45	0,29	6,29
1965	20,39	1,74	28,2	0,57	92,3	13,51			12,46	2,53	8,68	16,38	0,29	5,97
1966	19,96	1,75	44,07	0,60	74,95	10,42			11,1	2,44	6,8	17,36	0,4	5,71
1967	15,8	2,08	38,7	0,68	76,19	3,17			8,4	2,31	8,5	19,3	0,52	5,32
1968	15,58	2,53	34,24	0,61	66,29	1,11	44,06	7,11	8,9	2,13	10,5	21,92	0,76	4,99
1969	14,1	2,68	41,83	0,59	21,22	1,28	27,97	4,01	8,3	1,94	10,6	24,59	1,1	4,81
1970	15,93	3,18	46	0,68	19,42	2,32	29,36	4,73	7,96	1,83	10,6	29,42	1,43	4,48
1971	17,16	3,33	47,1	0,78	24,01	3,64	35,9	5,50	7,59	1,71	11,3	32,41	1,96	4,64
1972	18,4	3,02	64,63	0,96	11,78	1,54	30,64	3,13	7,24	1,58	11,1	36,66	2,34	4,36
1973	21,68	2,79	49,76	1,07	11,46	1,26	31,67	2,96	6,97	1,48	11,2	39,87	2,22	4,14
1974	20,91	2,77	55,71	1,06	14,84	1,04	35,84	2,57	6,7	1,42	11,3	42,47	1,98	3,93
1975	27,63	2,60	62,03	0,77	14,3	1,13	36,76	2,67	6,32	1,59	10,8	46,41	1,06	3,73
1976	25,42	2,56	36,38	0,60	12,5	1,89	36,5	1,73	5,9	1,5	10,7	46,06	2,1	3,3
1977	25,15	2,57	40,47	0,73	12,18	2,61	32,74	0,88	5,6	1,39	14,3	45,61	2,1	2,94
1978	22,55	2,39	19,97	0,88	20,89	1,21	31,3	0,71	5,3	1,31	14,9	45,63	2,3	2,92
1979	28,49	2,51	30,78	0,89	14,53	0,61	42,12	0,61	5,1	1,26	14,7	44,71	2,1	2,99
1980	30,2	2,64	17,49	0,84	13,4	0,59	38,7	0,36	5,01	1,23	14,79	44,19	1,97	3,03
1981	31,53	2,52	28,91	0,87	12,82	0,14	33,3	0,19	4,95	1,19	14,3	43,18	1,6	3,17
1982	35,29	2,34	18,38	0,78	17,28	0,07	38,49	0,22	4,77	1,1	13,6	41,47	1,4	3,26
1983	43,03	2,42	22,33	0,84	8,59	0,06	29,44	0,14	4,69	1,02	13	38,51	1,2	3,19
1984	32,24	2,44	26,22	0,74	9,19	0,11	15,91	0,12	4,64	0,94	12,4	37,25	1,05	2,96
1985	33,7	2,50	22,35	0,72	9,8	0,12	17,7	0,12	4,57	0,93	11,3	38,31	0,96	2,84
1986	30,1	2,38	33,1	0,71	5,9	0,26	19,5	0,22	4,48	0,94	9,46	37,52	0,76	2,84
1987	30,5	2,36	34	0,98	6,7	0,15	12,7	0,45	4,37	0,93	8,63	32,23	0,56	3,57
1988	25,1	2,32	28	1,25	5,8	0,14	7	0,19	4,2	0,91	9,07	29,87	0,44	4,24
1989	31,7	2,60	23,5	1,01	1,8	0,73	5,8	0,22	4	0,95	10,57	29,74	0,41	4,49
1990	31,7	2,28	16,5	1,09	1,6	1,12	4,7	0,18	3,6	1,03	9,7	27,66	0,3	5,38

редаваемых половым путем (см. табл. 2), что отражает последствия сексуальной революции в США.

Руководителям советского государства и здравоохранения были известны результаты сравнительного анализа инфекционной заболеваемости в СССР и других развитых странах. Однако существовавшие различия объяснялись исключительно «неполнотой регистрации инфекционных заболеваний в ряде капиталистических стран». Последняя связывалась с отсутствием в США и ряде стран Европы законов об обязательной регистрации инфекций, с недостаточным числом врачей и лечебных учреждений, а главное — с платным характером медицинского обслуживания, «резко ограничивавшим обращаемость населения за медицинской помощью» [8, с. 31].

Подводя итоги нашего исследования, можно сделать несколько основных выводов. Систематизированные и проанализированные нами данные об эпидемической заболеваемости на протяжении 1887—1990 гг. не подтверждают прочно утвердившееся в отечественной литературе мнение о значительных успехах советской системы охраны здоровья в деле борьбы с инфекционными болезнями. Вопреки су-

ществующему в литературе мнению, на протяжении всей истории СССР эпидемическая заболеваемость ликвидирована не была. Заболеваемость многими инфекционными болезнями была существенно выше, чем в странах Европы и США. Заболеваемость отдельными инфекционными болезнями, такими, например, как дизентерия, гепатиты, грипп и инфекции верхних дыхательных путей, постоянно росла. Успехи в деле борьбы с инфекциями в СССР касались только отдельных инфекционных заболеваний.

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

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С. Инфекционная заболеваемость в СССР: мифы и реальность. Сообщение 1. 1919—1949 годы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(5):350—57.
2. Карпухин Г. И. (ред.). Грипп. Руководство для врачей. СПб.: 2001.
3. Грипп. В кн.: БМЭ. М.; 1977. Т.6: 452—3.
4. Родькин В. П., Тарасевич Д. Н., Блинова Е. Г., Липихин П. Т. Условия водопользования населенных мест и заболеваемость населения. В кн.: Комплексные гигиенические исследования здоровья сельского населения Сибири. ДСП. Барнаул; 1986: 144—5.

История медицины

5. Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. М.; 1990.
6. Наркевич М. И., Онищенко Г. Г., Солодовников Ю. П. Состояние заболеваемости и профилактики острых кишечных инфекций. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 1989;(2):55—60.
7. Statistical Abstract of the United States. U. S. Census Bureau; 2003.
8. Бургасов П. Н. (ред.). Инфекционные болезни в СССР. Статистический справочник. М.; 1968.

Поступила 01.03.2018  
Принята в печать 01.03.2018

REFERENCES

1. Zatravkin S. N., Habriev R. U., Schepin V. O., Sarkisov A. S. The incidence rates of infectious diseases in the USSR: myths and reality. Part 1. 1919—1949. *Problemy social'noj gigieny, zdravooxranenija i istorii mediciny*. 2018;26(5):350—57 (in Russian).
2. Karpukhin G. I. (ed.). Influenza. Manual for doctors [*Gripp. Rukovodstvo dlja vrachej*]. St. Petersburg; 2001 (in Russian).
3. Influenza. In: Great medical encyclopedia [*Bol'shaja medicinskaja jenciklopedija*]. Moscow; 1977. Vol.6: 452—3 (in Russian).
4. Rod'kin V. P., Tarasevich D. N., Blinova E. G., Lipihin P. T. Conditions of water use in populated areas and the incidence of the population of Siberia. In: Complex hygienic research of the health of the rural population of Siberia. For administrative use [*Kompleksnye gigienicheskie issledovanija zdorov'ja sel'skogo naselenija Sibiri. DSP*]. Barnaul; 1986: 144—5 (in Russian).
5. Health protection in the USSR. Statistical collection [*Ohrana zdorov'ja v SSSR. Statisticheskij sbornik*]. Moscow; 1990 (in Russian).
6. Narkevich M. I., Onishhenko G. G., Solodovnikov Ju.P. The incidence and prevention of acute intestinal infections. *Zhurnal mikrobiologii, jepidemiologii i immunobiologii*. 1989;(2):55—60 (in Russian).
7. Statistical Abstract of the United States. U. S. Census Bureau; 2003.
8. Bargasov P. N. (ed.). Infectious diseases in the USSR. Statistical directory [*Infekcionnye bolezni v SSSR. Statisticheskij spravochnik*]. Moscow; 1968 (in Russian).

© С. П. Глянцев, А. А. Сточик, 2018  
УДК61:61.12:93

Глянцев С. П., Сточик А. А.

**СОЗДАНИЕ АМН СССР: ВТОРОЙ ЭТАП. ОТ ПОСТАНОВЛЕНИЯ СНК СССР «ОБ УЧРЕЖДЕНИИ АМН СССР»  
ДО УЧРЕДИТЕЛЬНОЙ СЕССИИ АМН СССР (июль — декабрь 1944 г.)**

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

*Второй этап создания АМН СССР начался в конце июня 1944 г. учреждением Академии и закончился 20 декабря того же года, когда состоялась 1-я Учредительная сессия АМН СССР. Постановлением СНК СССР от 30 июня 1944 г. АМН СССР была всего лишь учреждена, а не создана, поскольку документы, вновь представленные на утверждение в СНК СССР 14 ноября 1944 г., в течение сентября — октября неоднократно пересматривались. Наибольшим правкам подвергся состав действительных членов АМН СССР, а список академических институтов с 30 июня изменений не претерпел. Однако их директорами могли стать только утвержденные в ноябре 1944 г. действительные члены Академии.*

*Ключевые слова:* АМН СССР; СНК СССР; Постановление от 14 ноября 1944 г.

**Для цитирования:** Глянцев С. П., Сточик А. А. Создание АМН СССР: второй этап. От постановления СНК СССР «Об учреждении АМН СССР» до Учредительной сессии АМН СССР (июль — декабрь 1944 г.). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):472—477. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-472-477>

**Для корреспонденции:** Глянцев Сергей Павлович, д-р мед. наук, профессор, зав. сектором истории медицины ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко», e-mail: [spglyantsev@mail.ru](mailto:spglyantsev@mail.ru)

Glyantsev S. P., Stochik A. A.

**THE ORGANIZATION OF THE USSR ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES: STAGE II. FROM THE DECREE OF THE USSR COUNCIL OF PEOPLE'S COMMISSARS «ON ESTABLISHMENT OF THE USSR ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES» TO THE ESTABLISHMENT SESSION OF THE USSR ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES (JULY—DECEMBER 1944)**

The Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia

*The second stage of organization of the USSR Academy of Medical Sciences started in the end of July 1944 by establishment of the Academy and was over December 20 1944 when took place the First establishment session of the USSR Academy of Medical Sciences. The Decree of the USSR Council of People's Commissars of June 30 1944 the USSR Academy of Medical Sciences was only established but not organized since documents once more presented November 14 1944 for approval to the USSR Council of People's Commissars were repeatedly revised. The maximal editing was applied to the listing of membership of the USSR Academy of Medical Sciences. No alterations were applied to listing of academic institutes since June 30 1944. However, their directors could become only full members of the Academy approved in November 1944.*

*Keywords:* the USSR Academy of Medical Sciences; the USSR Council of People's Commissars; the Decree of November 14 1944.

**For citation:** Glyantsev S. P., Stochik A. A. The organization of the USSR Academy of Medical Sciences: Stage II. From the Decree of the USSR Council of People's Commissars «On establishment of. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018;26(6):472—477 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-472-477>

**For correspondence:** Glyantsev S. P., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Sector of History of Medicine of the Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health». e-mail: [spglyantsev@mail.ru](mailto:spglyantsev@mail.ru)

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

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

Received 03.09.2018

Accepted 20.09.2018

Ранее нами было показано [1], что 30 июня 1944 г. постановлением СНК СССР была учреждена Академия медицинских наук СССР. Наряду с этим Правительство страны утвердило Устав Академии, список из 25 академических институтов, первоначальный состав действительных членов АМН СССР из 56 человек и почетных членов из 18 человек, разрешив Академии до 1 января 1945 г. войти в СНК СССР с предложением о довыборах действительных членов и выборах членов-корреспондентов. Тем же постановлением было утверждено Оргбюро АМН СССР в составе наркома здравоохранения СССР Г. А. Митерева (председатель), академика Н. Н. Бурденко, академика А. И. Абрикосова, директора ВИЭМ, члена-

корреспондента АН СССР Н. И. Гращенкова и двух заведующих отделами ЦК ВКП(б) — Б. Д. Петрова (отдел здравоохранения Управления кадров) и С. Г. Суворова (отдел науки Управления агитации и пропаганды). Также в состав Оргбюро был введен нарком здравоохранения РСФСР А. Ф. Третьяков [2]. При этом Оргбюро было вменено в обязанность «в месячный срок представить в СНК СССР проект первоначального состава кандидатов в действительные члены АМН СССР и, после утверждения его, созвать общее собрание АМН СССР для проведения выборов Президиума и Бюро отделений»<sup>1</sup>. Наркомату финансов СССР было поручено предусмотреть в бюджете ассигнования на расходы, связанные с орга-



История медицины

низацией АМН СССР, а Государственной штатной комиссии при СНК СССР — рассмотреть и утвердить на 1944 г. штаты АМН СССР и входящих в нее институтов. 15 сентября 1944 г. в секретариат заместителя Председателя СНК СССР В. М. Молотова поступил пакет документов из Наркомата здравоохранения СССР. В него вошли: письмо наркомата здравоохранения № 01—1/1231 от 16 сентября 1944 г. с автографом Г. А. Митерева от 15 сентября, составленное от имени членов Оргбюро и выражавшее, по видимому, их общее мнение; проект постановления СНК СССР об утверждении действительных и почетных членов АМН СССР; справки о составе кандидатов в действительные и почетные члены по отделениям, специальностям, республикам, национальностям, возрасту и партийности; поименные списки кандидатов в действительные и почетные члены по возрасту и членству в ВКП(б); 74 справки и характеристики на действительных и почетных членов, а также список институтов АМН СССР<sup>2</sup>. Возможно, В. М. Молотов ждал эти документы, поскольку уже через два дня, 17 сентября, на первой странице письма наркомата в левом верхнем углу наложил визу: «т. Ворошилову (подчеркнуто машинописью. — Авт.) — на рассмотрение. + т. Чадаеву (подчеркнуто дважды рукой, возможно, В. М. Молотова. — Авт.)<sup>3</sup>. 17.IX.44 г. В. Молотов (личная подпись. — Авт.)»<sup>4</sup>.

Интересно, что автограф В. М. Молотова стоит на копии письма, перепечатанной в его секретариате. Оригинал же письма на бланке Наркомата здравоохранения в ГАРФ отсутствует, но в нашем распоряжении есть копия этого письма с приложениями.

В первых двух абзацах письма наркомата читаем, что «в соответствии с Постановлением СНК СССР № 797 от 30 июня 1944 г. Оргбюро рассмотрело кандидатуры 260 наиболее выдающихся представителей советской медицинской науки для отбора и представления на утверждение Правительства СССР первого состава действительных членов АМН СССР. В результате детального и всестороннего обсуждения данных кандидатур с учетом научной значимости кандидатов... и обеспечения возможности создания работоспособного Президиума Академии, Оргбюро вносит на Ваше утверждение 56 кандидатов в действительные члены АМН СССР, перечисленных в списке»<sup>5</sup>.

Отсюда следует, во-первых, что в течение первой половины 1944 г. на разных уровнях<sup>6</sup> было рассмотрено 260<sup>7</sup> возможных кандидатов в «первый состав» АМН СССР, во-вторых, что утвержденные Постановлением СНК СССР от 30 июня 1944 г. члены Академии пока что не считались таковыми, поскольку в новом документе они все еще назывались «кандидатами», в-третьих, как и в конце июня, в середине сентября их все еще было 56 человек. Далее речь в письме идет об особой группе «выдающихся представителей советской медицинской науки, имеющих крупные научные заслуги, но не могущих в настоящее время по ряду причин вести систематическую активную работу в АМН СССР» в количестве 18 человек, за которых Оргбюро ходатайствовало об утверждении их в качестве «почетных членов Академии»<sup>8</sup>. Подчеркнем, что список из 56 фамилий кандидатов в действительные члены и 18 — в почетные члены был идентичен тому, который был приложен к Постановлению СНК № 797 от 30 июня 1944 г. Оргбюро пришло к выводу о нецелесообразности в самом начале существования Академии осложнять ее работу большим количеством НИИ и попросило СНК СССР дополнительно к утвержденному 30 июня 1944 г. списку институтов включить в состав АМН СССР всего лишь НИИ мозга НКЗ СССР и Киевский институт экспериментальной биологии и патологии НКЗ УССР, а также внести некоторые изменения в наименования отдельных институтов. Заключительная часть письма содержала просьбу передать для размещения Президиума АМН СССР и его аппарата главное здание Центрального НИИ педиатрии НКЗ СССР по адресу ул. Солянка, д. 14, в котором в годы войны располагалась районная военная комендатура. Оргбюро попросило Правительство выделить 800 тыс. руб. на его реставрацию силами и средствами Военстроя<sup>9</sup>.

Казалось бы, пакет документов отправлен на самый верх и этого достаточно для его рассмотрения. Но в нашем распоряжении имеются абсолютно аналогичные рассмотренным документы с теми же исходными данными (№ 01—1/1231 от 16 сентября 1944 г.), но адресованные заместителю Председателя СНК СССР, Маршалу Советского Союза К. Е. Ворошилову<sup>10</sup>. Документы были зарегистрированы в секретариате К. Е. Ворошилова 18 сентября. Не совсем понятно, как они туда попали: если от В. М. Молотова, судя по его визе, наложенной днем ранее («т. Ворошилову на рассмотрение»), то почему на них стоит дата 16 сентября и тот же, что и на письме В. М. Молотову, исходящий номер? Скорее всего, оба письма были заготовлены и посланы одновременно и в ито-

<sup>1</sup> Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. Р-5446. Оп. 1. Д. 230. Л. 64—65.

<sup>2</sup> ГАРФ. Ф. Р-5446. Оп. 46. Д. 2359. Л. 24—26, 17.

<sup>3</sup> Чадаев Я.Е. (1904—1985), советский государственный деятель, в 1940—1949 гг. — управляющий делами СНК СССР.

<sup>4</sup> ГАРФ. Ф. Р-5446. Оп. 46. Д. 2359. Л. 26.

<sup>5</sup> ГАРФ. Ф. Р-5446. Оп. 46. Д. 2359. Л. 26. Фраза не ясна. Из письма следует, что кандидатуры «260 наиболее выдающихся представителей советской медицинской науки» были рассмотрены Оргбюро в соответствии с постановлением СНК СССР № 797, т. е. в период с 30 июня по 16 сентября 1944 г. Но в результате этого «рассмотрения» был представлен тот же список из 74 фамилий, который фигурирует в постановлении от 30 июня. Поэтому мы полагаем, что данный список был составлен гораздо раньше, по крайней мере в начале 1944 г., когда в НКЗ СССР готовилась концепция АМН СССР и проект ее Устава.

<sup>6</sup> Мы полагаем, что список готовился в Наркомздраве под руководством Г. А. Митерева при участии В. В. Парина и, возможно, Н. Н. Бурденко, но окончательно кандидатуры согласовывались в ЦК ВКП(б) с Б. Д. Петровым и С. Г. Суворовым.

<sup>7</sup> Эта цифра в документах появляется впервые; ранее речь шла о примерно 90 кандидатах.

<sup>8</sup> ГАРФ. Ф. Р-5446. Оп. 46. Д. 2359. Л. 26.

<sup>9</sup> ГАРФ. Ф. Р-5446. Оп. 46. Д. 2359. Л. 25.

<sup>10</sup> ГАРФ. Ф. Р-5446. Оп. 46. Д. 2359. Л. 7—8, 18—23, 27—28.

ге оба оказались в секретариате К. Е. Ворошилова. Однако по какой-то причине эти довольно тщательно подготовленные документы вернулись в Наркомздрав на доработку. Об этом свидетельствуют многочисленные пометы, сделанные рукой В. В. Парина, и его характерная подпись под каждым просмотренным и отредактированным документом. Особенно много помет было сделано на списке кандидатов в почетные члены АМН СССР от 30 июня 1944 г. Очевидно, из СНК в Наркомздрав поступило распоряжение о ликвидации этого звания, ибо из копии проекта постановления СНК СССР об утверждении «в звании действительных членов первого состава АМН СССР», посланного В. М. Молотову, пункт 2 — «утвердить в звании почетных членов АМН СССР» — рукой В. В. Парина был вычеркнут совсем. Эти правки сделаны уже после того, как документы побывали в СНК, откуда их, очевидно, отправили на доработку. В результате последовавшей «чистки» число почетных академиков было сокращено с 18 до 4 человек. Так, почетными академиками Наркомздрав предложил оставить Н. А. Богораза (73 года), В. Г. Воробьева (80 лет), Н. Ф. Гамалею (85 лет) и Т. П. Краснобаева (79 лет); 14 кандидатур были распределены следующим образом: В. П. Осипов (73 года), Н. Н. Петров (58 лет), В. Н. Шевкуненко (72 года) и И. И. Широкогоров (85 лет) переведены в действительные члены, а остальные исключены из кандидатов в академики совсем. Таким образом, первый состав действительных членов АМН СССР был увеличен до 60 человек (56+4), а количество почетных членов уменьшилось до 4<sup>11</sup>. Возможно, документы, посланные К. Е. Ворошилову, вернулись в НКЗ позднее, так как на списке почетных членов тоже видны пометы, но уже другого плана. Кандидаты в почетные члены оставлены те же, как и переведенные в действительные, но вот напротив фамилий А. Г. Гурвича, А. А. Дешина, Н. К. Игнатова, В. М. Мыша, С. А. Новосельского, А. Л. Поленова и З. Г. Френкеля рукой В. В. Парина начертано «выборы». И лишь три кандидата в почетные члены оказались действительно исключенными: Н. В. Вершинин (77 лет), А. В. Мольков (74 года) и В. И. Молчанов (76 лет)<sup>12</sup>. После увеличения числа действительных членов первого состава Академии до 60 человек изменились некоторые параметры академии. Так, в отделении медико-биологических наук (ОМБН) оказалось не 19, а 20 человек (добавился И. И. Широкогоров). Отделение гигиены, микробиологии и эпидемиологии (ОГМиЭ) осталось в прежнем составе из 10 академиков, а отделение клинической медицины (ОКМ) увеличилось на трех кандидатов (В. П. Осипов, Н. Н. Петров, В. Н. Шевкуненко) — до 30 действительных членов. Кроме того, Институт экспериментальной и клинической медицины, фигурирующий в постановлении от 30 июня 1944 г., в новом списке обрел название «Институт хирургии». То же произошло с Институтом терапии и некоторыми

другими. Все проанализированные изменения структуры АМН СССР были завершены к середине ноября, когда постановлением СНК СССР № 1580 от 14 ноября 1944 г. за подписью заместителя Председателя СНК СССР В. М. Молотова и управляющего делами СНК СССР Я. Е. Чадаева был утвержден новый состав из 60 человек, 56 из которых в качестве кандидатов в действительные члены были утверждены 30 июня, а 4 (из списка почетных членов) добавлены 2 октября<sup>13</sup>. В звании «действительных членов первого состава АМН СССР» 14 ноября были утверждены: Абрикосов А. И., Аничков Н. Н., Бериташвили И. С., Богомолец А. А., Бурденко Н. Н., Быков К. И., Виноградов В. Н., Воячек В. И., Гиляровский В. А., Гирголав С. С., Гращенков Н. И., Громашевский Л. В., Гуревич М. О., Давыдовский И. В., Джанелидзе Ю. Ю., Дойников Б. С., Заварзин А. А., Збарский Б. И., Зеленин В. Ф., Корнев П. Г., Кротков Ф. Г., Куприянов П. А., Лепорский Н. И., Малиновский М. С., Маньковский Б. Н., Марзеев А. Н., Маслов М. С., Мухадзе Г. М., Оганесян Л. А., Орбели Л. А., Осипов В. П., Павловский Е. Н., Палладин А. В., Парин В. В., Парнас Я. О., Подвысоцкая О. Н., Петров Н. Н., Разенков И. П., Руфанов И. Г., Савиных А. Г., Семашко Н. А., Сепп Е. К., Сергиев П. Г., Скворцов В. И., Скробанский К. К., Скрыбин К. И., Сперанский А. Д., Сперанский Г. Н., Стражеско Н. Д., Страшун И. Д., Сыгин А. Н., Терновский В. Н., Тонков В. Н., Филатов В. П., Цехновицер М. М., Штерн Л. С., Шевкуненко В. Н., Широкогоров И. И., Энгельгардт В. А., Юдин С. С.

Анализ специальностей первого состава АМН СССР показывает, что их набор отражает все основные направления медицины, в той или иной степени развитые в СССР к 1944 г. Вместе с тем очевидно, что в ОМБН превалировало анатомио-физиологическое направление, в ОГМиЭ — гигиеническое, а в ОКМ — хирургическое. Первое, на наш взгляд, отражало общее, фундаментальное направление медицины середины XX в., в то время как второе и третье было обусловлено военным временем и задачами, стоявшими перед советской гражданской медициной периода Великой Отечественной войны.

Существует довольно распространенное в историко-медицинской литературе мнение о том, что первые действительные члены АМН СССР «были назначены Правительством по личному указанию И. В. Сталина» [2]. Однако анализ приведенных выше документов этого не подтверждает. Напомним еще раз [1], что список членов Академии из 56 действительных и 18 почетных членов, утвержденный постановлением СНК СССР от 30 июня 1944 г., готовился в Наркомздраве под руководством Г. А. Митерева и В. В. Парина из первоначального списка в 260 (!) человек, редактировался и согласовывался в аппаратах ЦК ВКП(б) (А. С. Щербаков) и заместителя Председателя СНК СССР (К. Е. Ворошилов), а затем был доложен К. Е. Ворошиловым на заседании

<sup>11</sup> ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 1. Д. 500. Л. 283.

<sup>12</sup> ГАРФ. Ф. Р-5446. Оп. 46. Д. 2359. Л. 19.

<sup>13</sup> ГАРФ. Ф. Р-5446. Оп. 46. Д. 2359. Л. 36—37; ГАРФ. Ф. Р-5446. Оп. 1. Д. 238. Л. 199—200.

История медицины

Политбюро ЦК ВКП(б) и утвержден на заседании СНК СССР. При этом на заседании Политбюро к проекту постановления СНК было сделано всего два замечания, не касавшиеся списка персоналий, а на заседании СНК Постановление было принято без правок. Споры нет, на обоих заседаниях — Политбюро и СНК — председательствовал И. В. Сталин. Возможно также, что в процессе редактирования списка (назовем его июньским) кандидатуры некоторых ученых с ним согласовывались. Это могли делать А. С. Щербаков и К. Е. Ворошилов. Но только некоторых, едва ли всех. Никаких документов, подтверждающих тот факт, что И. В. Сталин лично правил список, нет. Однако приведенные выше факты говорят о том, что 30 июня 1944 г. его официальная роль в создании АМН СССР закончилась. Подготовкой Учредительной сессии стало заниматься Оргбюро, а июньский список действительных членов после того, как его утвердили высшие партийный и государственные органы, уже через 2 мес был еще раз пересмотрен, причем, как мы показали выше, радикально.

Возможно ли, чтобы И. В. Сталин внес в него еще какие-то правки после его двукратного утверждения? Теоретически возможно, но практически — едва ли. Можно предположить, правда, что К. Е. Ворошилов и В. М. Молотов заручились его согласием позволить им еще раз «перетряхнуть» список. Но представить, чтобы глава государства снова скрупулезно правил то, под чем поставил свою подпись 4 мес назад, сложно. И не просто правил, а вычеркнул из утвержденного самим собой ранее списка целых 14 человек! Июньский список из 74 человек, посланный К. Е. Ворошилову и В. М. Молотову, вернулся в НКЗ СССР и был пересмотрен именно там. Причем институт почетных членов был ликвидирован. Но кто мог «зарубить» почетных членов? Это мог сделать только И. В. Сталин, скорее всего, с подачи Н. Н. Бурденко, который изначально эту идею не приветствовал. Как бы то ни было, окончательный, «ноябрьский», список Академии из 60 человек (вместо 74) по распоряжению К. Е. Ворошилова был откорректирован В. В. Париним и утвержден В. М. Молотовым. Без участия И. В. Сталина.

О том, что подготовка учредительной сессии АМН СССР началась в ноябре — декабре 1944 г., свидетельствует тот факт, что 2 декабря 1944 г. на имя заместителя Председателя СНК СССР А. И. Микояна за подписью Г. А. Митерева было направлено подготовленное В. В. Париним письмо с просьбой дать распоряжение Наркомторгу СССР обеспечить 14 декабря 1944 г. участников сессии АМН СССР в количестве 60 человек трехразовым питанием<sup>14</sup>. В этом документе обращает на себя внимание предполагаемая дата сессии — 14 декабря, потому что в следующем письме на имя Заместителя Председателя СНК СССР В. М. Молотова от 13 декабря Г. А. Митерев от имени Оргкомитета АМН СССР указал 20—22 декабря, причем из документа следует, что эту да-

ту установил Оргкомитет. Как следует из письма, основной задачей сессии является избрание в соответствии с Уставом руководящих органов АМН — Президиума и Бюро отделений. Голосовать предлагалось списком, заранее подготовленным и обсужденным. Сессия должна была также утвердить директоров академических НИИ. При этом Оргбюро решило рекомендовать для утверждения на первой сессии только тех директоров, которые с 14 ноября уже имели звание академиков. Помимо организационных вопросов в программу сессии были включены выступления академиков «по основным направлениям будущей работы Академии и по конкретной проблематике соответствующих разделов медицинской науки». К письму были приложены: список рекомендуемого состава Президиума, список рекомендуемого состава Бюро отделений, список директоров институтов и программа сессии<sup>15</sup>. Для рассмотрения и утверждения первым составом АМН СССР был предложен следующий состав Президиума Академии из 11 человек: президент — Н. Н. Бурденко, вице-президенты — А. И. Абрикосов, М. С. Малиновский, П. А. Куприянов, академик-секретарь — В. В. Парин, академик-секретарь ОМБН — И. П. Разенков<sup>16</sup>, академик-секретарь ОГМиЭ — Ф. Г. Кротков, академик-секретарь ОКМ — Н. И. Гращенков, академики — члены Президиума — Л. А. Орбели, А. А. Богомолец, Ю. Ю. Джанелидзе<sup>17</sup>. Должность третьего вице-президента, на которую предлагалось избрать главного хирурга Ленинградского фронта и Ленинградского военного округа, начальника хирургического отделения Ленинградского окружного госпиталя и хирургической кафедры Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова генерал-лейтенанта медицинской службы профессора П. А. Куприянова, была введена по просьбе ГВСУ РККА для курирования вопросов военной медицины. Президентом Академии стал, безусловно, самый влиятельный человек в советской медицине 1940-х годов — Председатель УМС НКЗ СССР и главный хирург РККА, директор Нейрохирургического институт НКЗ СССР академик Н. Н. Бурденко, а академиком-секретарем ОКМ был рекомендован директор ВИЭМ им. А. М. Горького профессор Н. И. Гращенков.

Членами Бюро отделений АМН СССР (помимо возглавивших их академиком-секретарей) было рекомендовано избрать следующих академиков: в ОМБН — Н. Н. Аничкова, Б. И. Збарского, Я. О. Парнаса и В. Н. Терновского, в ОГМиЭ — Л. В. Громашевского и М. М. Цехновицера, а в ОКМ — В. А. Гиляровского, В. Ф. Зеленина, И. Г. Руфанова и Г. Н. Сперанского. Таким образом, Бюро ОМБН было представлено физиологом, двумя анатомами и двумя биохимиками, Бюро ОГМиЭ — гигиенистом, микробиологом и эпидемиологом, а Бюро ОКМ — невропатологом, психиатром, терапевтом, хирургом и педиатром<sup>18</sup>.

<sup>15</sup> ГАРФ. Ф. Р-5446. Оп. 46. Д. 2359. Л. 44.

<sup>16</sup> В документе — М. П.

<sup>17</sup> ГАРФ. Ф. Р-5446. Оп. 46. Д. 2359. Л. 43.

<sup>14</sup> ГАРФ. Ф. Р-8009. Оп. 1. Д. 500. Л. 130.

Для утверждения был рекомендован список 12 директоров академических НИИ: Институт эволюционной физиологии ВНД (Ленинград) — Л. А. Орбели, Институт маляриологии<sup>19</sup> — П. Г. Сергиев, Институт общей и коммунальной гигиены — А. Н. Сысин, Институт нейрохирургии — Н. Н. Бурденко, Институт акушерства и гинекологии — М. С. Малиновский, Институт морфологии — А. И. Абрикосов, Институт физиологии — И. П. Раженков, Институт биохимии — Я. О. Парнас, Институт патологии — А. П. Сперанский, Институт неврологии — Н. И. Гращенко, Институт психиатрии — В. А. Гиляровский, Институт терапии — В. Ф. Зеленин<sup>20</sup>.

Если посмотреть на список институтов, директора которых были рекомендованы для избрания 13 декабря, т. е. за неделю до сессии, и сравнить его со списком НИИ, утвержденных 30 июня 1944 г. как академических, то получается, что для утверждения на первой сессии не были рекомендованы (с официальной формулировкой — как не члены Академии) директора 15 институтов: Института биологии, Института нормальной и патологической анатомии, Института экспериментальной медицины им. А. М. Горького (Ленинград), Института фармакологии токсикологии и фармацевтической химии, Института мозга, Института экспериментальной биологии и патологии (Киев), Института микробиологии, эпидемиологии и инфекционных болезней, Института вирусологии, Института гигиены труда и профзаболеваний, Института питания, Института истории медицины и организации здравоохранения, Института хирургии, Института рака (Ленинград), Института гематологии и переливания крови, Института туберкулеза. И дело было, возможно, не столько в отсутствии у будущих директоров академических званий, сколько в каких-то других «подводных камнях», затруднявших принятие определенного решения. Например, на Институт хирургии претендовали три базы: хирургическая клиника ВИЭМ, клиника кафедры общей хирургии 1-го ММИ и Институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. Но клиникой 1-го ММИ на базе 23-й ГКБ им. Медсантруд и Институтом им. Н. В. Склифосовского руководили академики И. Г. Руфанов и С. С. Юдин. И только хирургическую клинику ВИЭМ, расположенную в одном из зданий ГКБ им. Н. А. Семашко на ул. Щипок, возглавлял не вошедший в первый состав членов АМН СССР профессор А. В. Вишневский. Что мешало утвердить директором Института хирургии АМН СССР И. Г. Руфанова или С. С. Юдина? Или в декабре 1944 г. чаша весов склонилась в сторону А. В. Вишневского, а поскольку он не был утвержден академиком, то его кандидатура как директора Института хирургии АМН СССР не рассматривалась?

Вызывают также некоторое удивление названия институтов, директора которых были рекомендованы для избрания. Так, в списке институтов, утвержденных 30 июня, был Институт малярии и медицинской паразитологии им. Е. И. Марциновского, но не было Института маляриологии, был Институт гигиены и не было Института общей и коммунальной гигиены, был Институт нормальной и патологической анатомии и не было Института морфологии, был Институт медицинской и биологической химии и не было Института биохимии, был Институт общей патологии и не было Института патологии. Все это говорит о том, что вплоть до Учредительной сессии АМН СССР, начавшейся 20 декабря 1944 г., в кулуарах Наркомздрава все еще шла невидимая борьба за базы институтов, их названия и кандидатуры директоров. Так, базой Института хирургии не стала ни одна из предлагавшихся: Институт был открыт на базе Боткинской больницы, а его директором стал начальник кафедры госпитальной хирургии из Военно-медицинской академии профессор М. Н. Ахутин, избранный членом-корреспондентом на Второй сессии Общего собрания АМН СССР в ноябре 1945 г. Таким образом, второй этап создания АМН СССР, начавшийся в конце июня 1944 г. учреждением Академии de jure, в 20-х числах декабря того же года подходил к концу. Мы хотим это подчеркнуть: постановлением СНК СССР от 30 июня 1944 г. АМН СССР была всего лишь учреждена, а не создана. Это подтверждает и факт, что документы, представленные на утверждение к этому времени, в течение осени неоднократно пересматривались и правились. И самому большому пересмотру подвергся список первого состава действительных членов АМН СССР. Вместо утвержденного 30 июня списка из 74 человек в первый состав АМН СССР вошло всего 60 ученых. Причем, по нашему мнению, этот список был отрецензирован В. В. Парыным, согласован с Г. А. Митеревым, просмотрен К. Е. Ворошиловым и утвержден В. М. Молотовым. А И. В. Сталин к нему уже никакого отношения не имел. Даже принадлежность будущих академиков к партии мало волновала руководство страны: членом ВКП(б) был всего лишь каждый третий академик. В то же время Правительство озабочилось трудоспособностью вновь созданного учреждения: был ликвидирован «возрастной» (свыше 70 лет) институт почетных членов, а средний возраст действительных членов ненамного превышал 60 лет. Все это свидетельствует о том, что данный документ готовился с перспективой на будущее и отражал действительный статус избранных в Академию ученых по состоянию медицинской науки страны на 1944 г. Окончательный список академических институтов к Учредительной сессии включил 27 НИИ. В ноябре 1944 г., перед Учредительной сессией АМН СССР, директорами институтов было рекомендовано утвердить лишь тех, кто имел статус действительно члена Академии.

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

<sup>18</sup> ГАРФ. Ф. Р-5446. Оп. 46. Д. 2359. Л. 42.

<sup>19</sup> Так в документе, но, возможно, это Институт малярии и медицинской паразитологии им. Е. И. Марциновского.

<sup>20</sup> ГАРФ. Ф. Р-5446. Оп. 46. Д. 2359. Л. 41

ЛИТЕРАТУРА

1. Глянцев С. П., Сточик А. А. Создание АМН СССР: первый этап. Постановление СНК СССР «Об учреждении АМН СССР» (30 июня 1944 г.). *Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(5):357—63.
2. Покровский В. И. (ред.). 50 лет Академии медицинских наук. М.: НПО Медицинская энциклопедия, Медицина; 1994.

Поступила 03.09.2018  
Принята в печать 20.09.2018

REFERENCES

1. Glyantsev S. P., Stochik A. A. The creation of the USSR Academy of medical sciences: The first stage. Decree of Council of People's Commissars «On the establishment of the USSR Academy of Medical Sciences» (June 30, 1944). *Problemy sotsialnoy gigieny, zdra-vookhraneniya I istorii meditsiny*. 2018;26(5):357—63 (in Russian).
2. Pokrovsky V. I. (ed.). 50 years of the Academy of Medical Sciences. [50 let Akademii meditsinskih nauk]. Moscow: NPO «Meditsinskaya Entsiklopediya», Medicina; 1994 (in Russian).

© Шерстнева Е. В., 2018  
УДК 614.2:93(470+571)**Шерстнева Е. В.****РЕФОРМИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ СТРУКТУРЫ НАРКОМЗДРАВА РСФСР В 1930-е ГОДЫ**

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

*В 1930-е годы в условиях форсированной реконструкции встал вопрос о повышении эффективности управления всеми отраслями народного хозяйства, в том числе и здравоохранением. За предвоенное десятилетие НКЗ РСФСР претерпел две крупные реорганизации (в 1935 и 1939 гг.), связанные с переходом от функциональной модели управления к отраслевой, а затем к территориально-отраслевой, и ряд более мелких преобразований. За это время сменилось семь наркомов здравоохранения. Однако четкого представления об оптимальной модели устройства главного органа управления здравоохранением не было даже накануне войны.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а : Наркомздрав РСФСР; советское здравоохранение; управление здравоохранением; организационная структура.*

**Для цитирования:** Шерстнева Е. В. Реформирование организационной структуры Наркомздрава РСФСР в 1930-е годы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):478—482. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-478-482>

**Для корреспонденции:** Шерстнева Елена Владимировна, канд. ист. наук, ст. научный сотрудник отдела истории медицины и здравоохранения ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н. А. Семашко», e-mail: [lena\\_scherstneva@mail.ru](mailto:lena_scherstneva@mail.ru)

**Sherstneva E. V.****THE REFORMING OF ORGANIZATIONAL STRUCTURE OF THE RSFSR NARKOMZDRAV IN 1930s**

The Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia

*In 1930s, in conditions of forced reconstruction, the issue was arisen related to increasing of efficiency of management of all branches of National economy, health care included. During the prewar decade, the RSFSR Narkomzdrav underwent in 1935 and 1939 two large reorganizations related to transition from functional model of management to branch model of management and then to territorial branch model. During this time, seven replacements of people's commissars of health care occurred. However, even in the eve of the war there were no clear concept of optimal model of organization of the main control board of health care.*

*K e y w o r d s : the RSFSR Narkomzdrav; Soviet health care; health care management; organizational structure.*

**For citation:** Sherstneva E. V. The reforming of organizational structure of the RSFSR Narkomzdrav in 1930s. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsini*. 2018;26(6):478—482 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-478-482>

**For correspondence:** Sherstneva E. V., candidate of historical sciences; senior researcher of the Department of History of Medicine and Health Care of the Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», e-mail: [lena\\_scherstneva@mail.ru](mailto:lena_scherstneva@mail.ru)

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

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

Received 13.10.2017  
Accepted 21.12.2017

Несмотря на значительное количество работ по истории становления советского здравоохранения, вопрос об организационной структуре центрального органа управления отраслью до сих пор не освещен в полной мере. Если устройство Наркомздрава (НКЗ) РСФСР в начальный период его деятельности нашло отражение в исследованиях советских историков медицины [1, 2], то дальнейшим преобразованиям его структуры не уделялось внимания. Из современных исследователей эту проблему затронул лишь А. А. Голубев в своей диссертации на соискание степени кандидата юридических наук<sup>1</sup>. Однако вопрос этот следует рассматривать не только в юридическом, но и в историческом контексте.

Россия первой в мире ступила на путь социалистического развития и создания единой государственной системы здравоохранения. А потому впол-

не естественно, что процесс этот сопровождался поиском оптимальной модели управления экономикой страны, всеми «участками социалистического строительства», к которым относили и здравоохранение. Провозглашение курса на индустриализацию (на XIV съезде ВКП(б) в 1925 г.) поставило проблему соответствующего уровня организации медицинской помощи, эффективного управления здравоохранением. Это привело к активному реформированию организационной структуры НКЗ РСФСР. Уже в 1927 г. вместо многочисленных подразделений, входивших ранее в структуру наркомата, было образовано 6 крупных управлений: административно-финансовое, санитарно-профилактическое, лечебное (отражавшие главные функции наркомата), а также медико-санитарное управление путей сообщения, Военно-санитарное управление РККА, Главное курортное управление<sup>2</sup>. Цель реорганизации состояла в том, чтобы устранить дублирование в работе отделов, сконцентрировать финансовые средства и спо-

<sup>1</sup> Голубев А.А. Правовое регулирование советского здравоохранения в 1917—1941 гг.: Дис. ... канд. юр. наук. М.; 2010.

История медицины

собствовать их рациональному использованию. На рубеже 1920—1930-х годов из ведения НКЗ РСФСР были исключены особые отрасли медицинской деятельности: Военно-санитарное управление РККА было передано в Наркомат по военным и морским делам<sup>3</sup>, в результате чего гражданская и военная медицина были окончательно разделены; в Наркомат путей сообщения перешли медико-санитарные учреждения, обслуживавшие железнодорожный транспорт<sup>4</sup>.

Однако уже в начале 1930-х годов, когда сфера деятельности НКЗ РСФСР стала стремительно расширяться, структуру его пришлось дополнять новыми подразделениями. Так, задача теснее связать медицинское образование с потребностями практического здравоохранения определила передачу в 1930 г. высшего медицинского образования из ведения Наркомпроса в ведение НКЗ, в составе которого были созданы два управления: высшими и средними медицинскими учебными заведениями. Неудачная на первых порах реформа медицинского образования была частично скорректирована в середине 1930-х годов [3]. Компетенция наркомата существенно расширялась за счет передачи в его ведение хозяйственных и практических вопросов. В 1931 г. в его структуру было включено Государственное аптечное объединение (РАПО), ведавшее вопросами медицинского снабжения. РАПО являлось хозрасчетной организацией<sup>5</sup>. В 1931 г. в ответ на требование «орабочения» аппарата здравоохранения при НКЗ РСФСР был создан Санитарный совет, куда входили представители профсоюзов, ряда наркоматов и научно-исследовательских учреждений. Совет заслушивал отчеты с мест, обсуждал законопроекты, планы и предложения по вопросам санитарии, однако административными функциями не обладал<sup>6</sup>.

Расширение сферы деятельности НКЗ РСФСР вступало в противоречие с функциональной системой его устройства. Необходимо подчеркнуть, что

эта система была внедрена и в других наркоматах и, согласно мнению современных теоретиков управления, имела свои преимущества: способствовала специализации управленческого труда, более квалифицированному решению вопросов. Однако она порождала многоначалие и ослабление ответственности. Система эта наиболее пригодна там, «где основное внимание должно уделяться анализу тенденций, решению перспективных вопросов» [4], в то время как перед страной и здравоохранением были поставлены задачи конкретные, решить которые требовалось в сжатые сроки.

Курс на форсированную реконструкцию требовал прежде всего оперативности руководства, что привело к пересмотру существующих принципов управления в целом. Функциональная система была осуждена партией как буржуазная, ей были приписаны все недостатки бюрократического стиля управления: общие декларации при отсутствии живого дела, раздувание бюрократического аппарата, снижение ответственности исполнителей за работу в результате так называемой обезлички [5]. На фоне всеобщей борьбы с так называемой функционалкой, приобретшей характер кампании, шел поиск иной модели организации управления, который затронул и здравоохранение. Нарком здравоохранения М. Ф. Владимирский в 1930 г. на VII Всероссийском съезде здравотделов требовал «немедленно изменить методы работы», перейти от руководства «при помощи предписаний и циркуляров» к руководству при помощи «практического инструктажа» [6].

С начала 1930-х годов разработка модели устройства наркомата велась в Институте организации здравоохранения и социальной гигиены НКЗ РСФСР. Мотивировка необходимости реформирования, приведенная проф. М. М. Ландисом, руководившим этой работой, была вполне в духе времени. В изданном в 1932 г. «Проекте организационной структуры НКЗ и местных органов здравоохранения» он указывал, что преобразования в здравоохранении стимулировались новыми задачами, изложенными в книге «Шесть исторических условий товарища Сталина» (М., 1932). И хотя речь в книге шла об управлении промышленностью, тезис вождя о том, что в новых условиях «нужно руководить по-новому», был взят на вооружение всеми без исключения наркоматами.

В Проекте подчеркивалось, что масштабы развития здравоохранения, рост сети учреждений, техническая реконструкция санитарных и лечебных заведений «выдвигают со всей остротой вопросы хозяйствования», что в новых условиях требуется «хорошее знакомство с делом, знание конкретной действительности, понимание задач каждого звена работы здравоохранения, непосредственная организация его хозяйства, снабжения, обеспечения кадрами». «Таким образом, — заключал М. М. Ландис, — четкость организации, ответственность за соответствующую отрасль медицинского дела во всех его частях, ликвидация обезлички требуют отраслевого построения здравоохранительного аппарата» [7,

<sup>2</sup> Постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 28 марта 1927 г. «Об утверждении Положения о НКЗ РСФСР» В кн.: Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции. 1925—1940. Сб. документов и материалов. М.: Медицина; 1973; 57—61.

<sup>3</sup> Постановление ЦИК и СНК СССР от 7 августа 1929 г. «О включении Военно-санитарного управления Рабоче-крестьянской Красной Армии в состав Наркомата по военным делам». В кн.: Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции. 1925—1940. Сб. документов и материалов. М.: Медицина; 1973; 126.

<sup>4</sup> Постановление СНК СССР от 28 апреля 1931 г. «О передаче медико-санитарных учреждений, обслуживающих железнодорожный транспорт, из ведения народных комиссариатов здравоохранения в ведение Народного комиссариата путей сообщения». В кн.: Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции. 1925—1940. Сб. документов и материалов. М.: Медицина; 1973; 153—4.

<sup>5</sup> Постановление Экономического Совета РСФСР от 27.08.1931 г. «Об организации в ведении Наркомздрава РСФСР Государственно-аптечного объединения НКЗ РСФСР». Собрание узаконений и распоряжений Рабоче-крестьянского правительства РСФСР. 1931. № 51. Отдел 1. Ст. 382. С. 557.

<sup>6</sup> Постановление СНК РСФСР от 10 сентября 1931 г. «Положение о Санитарном совете НКЗ РСФСР». В кн.: Здравоохранение в годы восстановления и реконструкции народного хозяйства. 1925—1940. Сб. документов и материалов. М.: Медицина; 1973; 171—2.

с. 3—5]. Следует отметить, что с точки зрения современных теоретиков государственного управления, действительно, «отраслевая структура создает наиболее благоприятные возможности для квалифицированного руководства производственной деятельностью, сближения науки и практики, ускорения научно-технического прогресса, лучшего использования специалистов» [4].

Пионером во внедрении нового подхода к организации управления явился Московский городской здравотдел. В 1932 г. он был реорганизован по отраслевому принципу (управление больницами, учреждениями внебольничной помощи, управление ясельным делом и т. д.). М. М. Ландис рекомендовал обобщить и применить этот опыт ко всей системе здравоохранения республики.

В Проекте содержалось предложение и о реорганизации управления санитарным делом. Речь шла о создании Государственной санитарной инспекции в качестве высшего органа санитарной администрации республики, который должен не только устанавливать общие санитарные требования, но и привлекать к ответственности виновных в их нарушении [7, с. 9]. Кроме того, проектировалось создание в системе НКЗ РСФСР ряда трестов, которые обеспечили бы производство и распределение медикаментов, медицинского оборудования, а также использование местных ресурсов и возможностей производства. «Главнейшими» были названы фармацевтический трест, трест медицинского оборудования и производства предметов обихода, личной гигиены, строительный трест [7, с. 11—12].

Все принципиальные положения Проекта были реализованы. Уже в конце 1933 г. было принято постановление ЦИК и СНК СССР, обязавшее все наркоматы здравоохранения союзных республик образовывать в своем составе государственные санитарные инспекции в качестве органов высшего санитарного надзора<sup>7</sup>. В структуре НКЗ РСФСР был образован ряд отраслевых хозяйственных органов, занимавшихся вопросами производства медикаментов и лекарственного обеспечения, медицинского снабжения и строительства. Чтобы, согласно новой доктрине, теснее связать исследовательскую работу с практическими задачами здравоохранения, было решено подчинить научные учреждения соответствующим их профилю отраслевым управлениям НКЗ, а высшим координационным центром сделать Ученый медицинский совет, которому была передана даже такая функция, как рассмотрение вопросов о государственных дотациях на научно-исследовательские работы [8].

Окончательная реформа структуры НКЗ РСФСР была осуществлена уже при новом наркоме здравоохранения Г. Н. Каминском. Критикуя недостатки здравоохранения в докладе на XVI Всероссийском

съезде Советов (1935), он подчеркивал важную роль правильной организации управления.

1 сентября 1935 г. ВЦИК и СНК РСФСР утвердили постановление, которое законодательно оформило переход от функциональной структуры наркомата к отраслевой. В составе НКЗ РСФСР были образованы управления и отделы. Управления отвечали за руководство целыми отраслями здравоохранения (лечебное дело, противоэпидемическая работа, госсанитарная инспекция, охрана материнства и младенчества, охрана здоровья детей и подростков, высшее и среднее медицинское образование, научно-исследовательская работа, капитальное строительство, курортное дело). Отделы, напротив, были узкоспециализированными и решали важные на данный момент задачи (борьба с малярией, организация медицинской промышленности). Хозяйственные компетенции Наркомздрава были расширены в связи с передачей в его ведение из других наркоматов хозрасчетных предприятий медицинской и фармацевтической промышленности, снабженческих контор (Химфармторг, Медоборудование, Россмедснаб), государственных трестов (Лексовхозтрест, Крымсовхозтрест, Кавминрозлив, коневодческий совхоз «Уранбаш»). К хозяйственным управлениям НКЗ РСФСР относились Всероссийское объединение государственных курортов, Главное аптечное управление, Управление санаториями специального назначения, хозрасчетная контора по проектированию медицинского строительства Медсанпроект, контора по строительству медицинских учебных заведений<sup>8</sup>.

В 1930-е годы изменились требования к личности руководителя здравоохранения, наиболее востребованными становятся качества организатора и хозяйственника. В то же время в связи с окончательным превращением в 1930-е годы партии в структуру власти на государственные посты выдвигаются исключительно партийцы со стажем, даже без высшего профильного образования. Назначенный в феврале 1934 г. на пост наркома здравоохранения Г. Н. Каминский окончил лишь два курса медицинского факультета Московского университета и ушел в революционную деятельность. До назначения на должность наркома здравоохранения он возглавлял Колхозцентр СССР, где занимался вопросами «сплошной» коллективизации, а в 1932—1933 гг. был председателем Мособлисполкома, на обоих поприщах он достиг значительных успехов [9]. Неслучайно именно ему в феврале 1934 г. ВЦИК доверил, по его же определению, «один из отсталых участков социалистического строительства» — здравоохранение [10].

Формирование командно-административной модели руководства страной, основанной на единоначалии и личной ответственности, сказалось и на ра-

<sup>7</sup> Постановление ЦИК и СНК СССР от 23 декабря 1933 г. «Об организации государственной санитарной инспекции». Собрание законов и распоряжений рабоче-крестьянского Правительства СССР. 1933. № 74. Отдел 1. Ст. 450. С. 805—6.

<sup>8</sup> Постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 1 сентября 1935 г. «О реорганизации Народного комиссариата здравоохранения РСФСР». В кн.: Здравоохранение в годы восстановления и реконструкции народного хозяйства. 1925—1940. Сб. документов и материалов. М.: Медицина; 1973; 238—40.



## История медицины

боте наркома здравоохранения. Так, Г. Н. Каминский совмещал в едином лице ряд государственных должностей: наркома здравоохранения РСФСР, главного государственного санитарного инспектора, председателя Ученого медицинского совета, председателя Совета научных обществ при НКЗ РСФСР, а с 20 июля 1936 г. по 15 марта 1937 г. он являлся одновременно наркомом здравоохранения и РСФСР, и СССР.

Усиление унитарных тенденций, выражавшееся, в частности, в активном формировании наркоматов союзного значения, привело к созданию в 1936 г. Наркомздрава СССР. Необходимость разделения функций между двумя наркоматами определила изменения в структуре НКЗ РСФСР. В ведение НКЗ СССР были переданы практически все хозяйственные организации и тресты, значительная часть ведущих научно-исследовательских институтов, 6 центральных медицинских вузов, два института усовершенствования врачей и др.

Создание НКЗ СССР затянулось. Положение о нем было окончательно утверждено лишь 3 октября 1938 г. К этому времени стало очевидно, что отраслевая модель при руководстве большими территориями давала сбои, не обеспечивала правильного воплощения в жизнь решений, принятых в центре, целевого расходования средств на местах. Потому для руководства лечебным делом в масштабах страны в структуре НКЗ СССР выделялись пять территориальных управлений. Тот же территориально-отраслевой принцип устройства был внедрен и новым Положением о НКЗ РСФСР в марте 1939 г. Было введено комплексное регулирование наиболее важных областей медицинского дела в том или ином районе страны одним подразделением наркомата. РСФСР поделили на шесть частей (северные и западные районы, центральные, Волжские, южные, Урало-Сибирские, восточные районы), для каждой из которых создавалось территориальное управление больниц и поликлиник, территориальное управление детских учреждений. Таким образом были усилены централизация руководства и контроль над деятельностью местных органов здравоохранения. Нарком здравоохранения РСФСР (подобно наркому здравоохранения СССР) наделялся правом приостанавливать и отменять приказы и инструкции наркомздравов автономных республик и территориальных органов здравоохранения; он стал лично назначать руководителей подразделений наркомата, руководителей НКЗ автономных республик, учреждений, предприятий, непосредственно подчиненных НКЗ РСФСР.

Положение 1939 г. зафиксировало сужение хозяйственных полномочий НКЗ РСФСР: в его ведении теперь был только один трест — по производству медицинских наглядных пособий «Медучпособие». В то же время в его подчинении оставались 23 узкопрофильных НИИ, 30 лечебно-профилактических учреждений (лепрозории, психиатрические больницы, санатории), 28 медицинских, 9 стоматологических, два фармацевтических института, два института усовершенствования врачей, 19 медицин-

ских рабфаков, 12 медицинских и 38 фармацевтических школ, 24 санитарно-авиационные станции<sup>9</sup>.

Внедрение новых подходов к организации управления здравоохранением в 1930-е годы сопровождалось неоднократным назначением и смещением наркомов. Если с 1918 по 1930 г. бессменным руководителем был Н. А. Семашко, то за предвоенное десятилетие сменились 7 народных комиссаров: М. Ф. Владимирский (26.02.1930—15.02.1934), Г. Н. Каминский (15.02.1934—15.03.1937), П. Г. Сергиев (15.03.1937—14.08.1937), С. А. Чесноков (14.08.1937—19.07.1938), И. И. Белоусов (20.07.1938—20.06.1939), Г. А. Митерев (20.06.1938—28.02.1940), А. Ф. Третьяков (28.02.1940—15.03.1946) [11]. Столь частые кадровые перестановки можно объяснить политической конъюнктурой в стране, репрессиями, жертвами которых стали нарком Г. Н. Каминский, ряд его заместителей и коллег (С. И. Канторович, Е. Г. Карманова, М. С. Металликов и др.), а также преемник его на посту наркома здравоохранения СССР М. Ф. Болдырев. Отметим, что тот же процесс наблюдался и в НКЗ СССР, в котором к началу войны сменилось пять наркомов (включая одного исполняющего обязанности) [11].

Преобразования НКЗ РСФСР не завершились и на этом. В 1940 г. новым Постановлением СНК РСФСР территориальные управления НКЗ РСФСР были укрупнены: на базе шести территориальных управлений создали четыре. Штат наркомата сократили с 3506 сотрудников до 2858 с целью экономии денежных расходов на управленческий аппарат. Аналогичные меры были приняты и в отношении структуры и штата НКЗ СССР в июле того же года. В условиях нарастания военной угрозы при НКЗ РСФСР были созданы военный и секретный отделы<sup>10</sup>, а накануне войны, в мае 1941 г., очередным постановлением СНК РСФСР число структурных подразделений наркомата было вновь сокращено<sup>11</sup>.

Неоднократное реформирование структуры НКЗ РСФСР в 1930-е годы было обусловлено, с одной стороны, условиями периода реконструкции, меняющейся линией руководства и формированием командно-административной модели управления страной, созданием нового органа — НКЗ СССР. С другой стороны, частота преобразований свидетельствовала о недостаточной продуманности основных реформ и отсутствии четкого представления о том, что должен представлять собой центральный орган управления здравоохранением. На НКЗ РСФСР переносились общие принципы организа-

<sup>9</sup> Постановление СНК РСФСР от 19 марта 1939 г. «Об утверждении Положения и структуры Народного комиссариата Здравоохранения РСФСР и Положения о краевом (областном) отделе здравоохранения». Собрание постановлений и распоряжений рабоче-крестьянского Правительства РСФСР (далее — СП РСФСР). 1939; № 6. Ст. 16. С. 48—64

<sup>10</sup> Постановление СНК РСФСР от 19 мая 1940 г. «О структуре Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР». СП РСФСР. 1940; № 10. Ст. 43. С. 147—9.

<sup>11</sup> Постановление СНК РСФСР от 21.05.1941 «О частичном изменении структуры и штата Народного комиссариата Здравоохранения РСФСР». СП РСФСР. 1941; № 16. Ст. 32. С. 72—73.

ции управления, применимые к промышленным и иным наркоматам, без учета специфики дела здравоохранения. Бесконечная смена наркомов осложняла ситуацию. К началу войны так и не была окончательно определена модель устройства НКЗ не только РСФСР, но и СССР.

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

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Барсуков М. И. Великая Октябрьская революция и организация советского здравоохранения. М.: Медгиз; 1951.
2. Нестеренко А. И. Как был образован Народный комиссариат здравоохранения РСФСР: Из истории советского здравоохранения (октябрь 1917 — июнь 1918). М.: Медицина; 1965.
3. Пальцев М. А., Сточик А. М., Затравкин С. Н. 250 лет Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. М.: Шико; 2008; 103—11.
4. Бахрах Д. Н. Организационные структуры государственного управления. *Правоведение*. 1981;(6): 27—36.
5. Сахарова А. Н. (ред.). История России с древнейших времен до начала XXI века. М.: Институт истории РАН; 2005.
6. Резолюции VII Всероссийского съезда здравоохранения. *На фронте здравоохранения*. 1930;(5—6):134—5.
7. Ландис М. М. Проект организационной структуры Наркомздрава и местных органов здравоохранения. М.: Государственное медицинское издательство; 1932.
8. Базанов В. А. Организация медицинской науки в годы строительства социализма в СССР (1933—1941). *Советское здравоохранение*. 1978;(12):60—4.
9. Идельчик Х. И. Первый нарком здравоохранения СССР Г. Н. Каминский. М.: Медицина; 1991;43—6.
10. XVI Всероссийский съезд Советов. Стенографический отчет. Бюллетень № 11. М.: Издательство ВЦИК; 1935.
11. Щепин О. П. (ред.). Министры здравоохранения. Очерки истории здравоохранения России в XX веке. М.; 1999.

#### REFERENCES

1. Barsukov M. I. The great October revolution and the organisation of Soviet health care [*Velikaya Oktyabr'skaya revolyuciya i organizaciya sovetskogo zdravooohraneniya*]. Moscow: Medgiz; 1951 (in Russian).
2. Nesterenko A. I. As was established by the people's Commissariat of health of the RSFSR: From the history of Soviet public health (Oct. 1917 — June 1918) [*Kak byl obrazovan Narodnyj komissariat zdravooohraneniya RSFSR: Iz istorii sovetskogo zdravooohraneniya (okt. 1917 — iyun' 1918)*]. Moscow: Medicina; 1965 (in Russian).
3. Pal'tsev M. A., Stochik A. M., Zatravkin S. N. 250 years of the Moscow Medical Academy. I. M. Sechenov [*250 let Moskovskoj medicinskoj akademii im. I. M. Sechenova*]. Moscow: Shiko; 2008;103—11 (in Russian).
4. Bakhrakh D. N. Organizational structures of public administration. *Pravovedeniye*. 1981;(6):27—36 (in Russian).
5. Sakharova A. N. (ed.). History of Russia from ancient times to the beginning of the XXI century. [*Istoriya Rossii s drevnejshih vremen do nachala XXI veka*]. Moscow: Institut istorii RAN; 2005 (in Russian).
6. Resolutions of the VII All-Russian Congress of Health. *Na fronte zdravookhraneniya*. 1930 (5—6):134—5 (in Russian).
7. Landis M. M. Draft organizational structure of the People's Commissar for Health and Local Health Care [*Proekt organizacionnoj struktury Narkomzdrava i mestnyh organov zdravooohraneniya*]. Moscow: Gosudarstvennoe medicinskoe izdatel'stvo; 1932 (in Russian).
8. Bazanov V. A. The organization of medical science in the years of building socialism in the USSR (1933—1941). *Sovetskoye zdravooohraneniye*. 1978;(12):60—4 (in Russian).
9. Idelchik Kh. I. First People's Commissar of Public Health of the USSR, G. N. Kaminsky [*Pervyi narkom zdravookhraneniya SSSR G. N. Kaminsky*]. Moscow: Medicina; 1991;43—6 (in Russian).
10. XVI All-Russian Congress of Soviets. Verbatim report. *Byulleten' № 11* [*XVI Vserossijskij s'ezd Sovetov. Stenograficheskij otchet. Byulleten' № 11*]. Moscow: Izdatel'stvo VCIK; 1935 (in Russian).
11. Shchepin O. P. (ed.). Ministers of Health. Essays on the history of public health in Russia in the twentieth century [*Ministry zdravooohraneniya. Ocherki istorii zdravooohraneniya Rossii v 20 veke*]. Moscow; 1999 (in Russian).

Поступила 13.10.2017  
Принята в печать 21.12.2017

**Егорышева И. В.**

## РЕПРЕССИИ В ОТНОШЕНИИ ВРАЧЕЙ В ГОДЫ ГРАЖДАНСКОЙ ВОЙНЫ

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

*В статье приведены факты массовых арестов врачей органами Всероссийской чрезвычайной комиссии по борьбе с контрреволюцией и саботажем в годы Гражданской войны в России в условиях масштабных эпидемий и острой нехватки медицинского персонала. Показана борьба, которую вел Наркомздрав под руководством Н. А. Семашко, за освобождение врачей.*

**Ключевые слова:** врачи; Наркомздрав РСФСР; Всероссийская чрезвычайная комиссия по борьбе с контрреволюцией и саботажем; борьба с эпидемиями.

**Для цитирования:** Егорышева И. В. Репрессии в отношении врачей в годы Гражданской войны. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):483—486. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-483-486>

**Для корреспонденции:** Егорышева Ирина Валентиновна — канд. ист. наук, ведущий научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко», e-mail: [egorysheva@rambler.ru](mailto:egorysheva@rambler.ru)

**Egorysheva I. V.**

## THE REPRESSIONS CONCERNING PHYSICIANS DURING THE CIVIL WAR

The Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia

*The article presents facts of mass arrests of physicians by the organs of the All-Russian Special Commission for Combating Counter-revolution and Sabotage during years of the Civil war in Russia in conditions of large-scale epidemics and acute lacking of medical personnel. The article demonstrates the struggle for liberation of physicians led by the RSFSR Narkomzdrav under the direct leadership of N. A. Semashko.*

**Keywords:** physicians; the RSFSR Narkomzdrav; the All-Russian Special Commission for Combating Counter-revolution and Sabotage; struggle with epidemics.

**For citation:** Egorysheva I. V. The repressions concerning physicians during the Civil War. *Problemi socialnoi gigieni, zdra-vookhraneniya i istorii meditsini*. 2018;26(6):483—486 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-483-486>

**For correspondence:** Egorysheva I. V., candidate of historical sciences, the leading 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: [egorysheva@rambler.ru](mailto:egorysheva@rambler.ru)

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

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

Received 01.08.2018  
Accepted 01.03.2017

Первоочередными задачами Наркомздрава (НКЗ), созданного в июле 1918 г., стали медицинское обеспечение Красной Армии и борьба с эпидемиями. Их решение в условиях Гражданской войны осложнялось нехваткой медицинского персонала, в особенности врачей. С конца августа 1918 г. Совет народных комиссаров (СНК) принял ряд декретов о мобилизации на военную службу врачей, фельдшеров, фармацевтов, зубных врачей, студентов-медиков последнего курса, об ограничении выезда врачей за рубеж. Однако некомплект врачей на фронте в 1919 г. все еще составлял от 40 до 50 % [1]. В Декрете СНК РСФСР (10 апреля 1919 г.), адресованном местным Советам депутатов и военным властям, предлагалось принять меры к облегчению работы медицинского персонала [2].

В этих условиях массовые аресты врачей, производимые органами Всероссийской чрезвычайной комиссии по борьбе с контрреволюцией и саботажем (ВЧК), представляются совершенно неуместными и даже преступными по отношению к гражданам России. ВЧК во главе с Ф. Э. Держинским являлась

основным инструментом реализации карательных мер, проводившихся большевиками против социальных групп, провозглашенных классовыми врагами, и лиц, обвинявшихся в контрреволюционной деятельности. Декретом СНК «Социалистическое отечество в опасности!» (21 февраля 1918 г.) ВЧК получила право на внесудебные репрессии. Органам ВЧК было предоставлено право брать заложников от буржуазии и их союзников в больших масштабах, причем из числа наиболее известных и популярных лиц. После покушения на В. И. Ленина обычай арестовывать и казнить заложников был легализован [3].

На руководящие должности в ВЧК назначались большевики, профессиональные революционеры. Однако в органы ЧК на местах попало немало людей с уголовным прошлым, которые пользовались неограниченной властью, не считаясь с правовыми нормами. Под воздействием жестокой братоубийственной войны деформировалось общественное сознание, в котором революционный романтизм уживался с пренебрежением к человеческой жизни.

В Государственном архиве Российской Федерации (ГАРФ) хранятся два дела, объемом более 1100 листов, содержащих переписку Наркомздрава с органами ВЧК по поводу арестов врачей в 1918—1921 гг.<sup>1</sup> В письме от 14 сентября 1918 г., адресованном наркомом здравоохранения Н. А. Семашко в ВЧК, говорится: «Из многих мест Московской губернии, а также и из других губерний поступают жалобы на аресты врачей в качестве „видных“ граждан. Не касаясь совершенно вопроса о политической ответственности врачей, которая для них должна быть, разумеется, одинаковой со всеми другими гражданами, необходимо признать, что в провинции каждый врач по существу своей профессии является лицом „известным“ и „популярным“. Поэтому при директивах искать заложников среди „популярных“ лиц выбор прежде всего падает на врачей, и, действительно, отовсюду получают известия о массовых арестах врачей именно в качестве заложников, совершенно безотносительно к их политической вине. Разумеется, это несправедливо и совершенно расстраивает лечебную работу в провинции, которая именно теперь ввиду развития эпидемий особенно необходима. Поэтому я прошу ЦК разъяснить телеграфно всем местным комиссиям, чтобы врачи подвергались арестам только по мере их политической виновности, но ни в коем случае „популярных“». Аналогичное письмо было направлено в Совет народных комиссаров А. Д. Петровскому и секретарю ЦК РСДРП(б) Я. М. Свердлову<sup>2</sup>. В результате, согласно телеграмме ВЦИК в Наркомздрав (14 сентября 1918 г.), местным органам ЧК было дано распоряжение освобождать арестованных по требованию Наркомздрава в случаях, если нет данных об их контрреволюционной деятельности<sup>3</sup>.

17 декабря 1919 г. Президиум ВЧК направил всем чрезвычайным комиссиям приказ, подписанный председателем Дзержинским, в котором, в частности, были даны указания, что заложников следует брать из числа лиц, имевших вес в глазах контрреволюционеров, т. е. высокопоставленных сановников, помещиков, фабрикантов, выдающихся работников и ученых. Особо говорилось о специалистах, которых причисляли к буржуазии и потому подвергали арестам, помещали в концлагеря на общественные работы. Но, поскольку, как отмечалось в приказе, своих специалистов в РСФСР было еще мало, то к их арестам следовало прибегать лишь в том случае, если их работа направлена на свержение советской власти<sup>4</sup>. Несмотря на рекомендации руководства ВЧК соблюдать сдержанность по отношению к «специалистам», самоуправство на местах, в том числе аресты врачей, не прекращалось.

В указанных архивных делах содержатся письма и телеграммы в адрес Н. А. Семашко с просьбами об оказании помощи в освобождении врачей, аресто-

ванных в качестве заложников, а также в результате необоснованных обвинений и конфликтов, возникающих между местными властями и врачами, зачастую по-разному понимающими суть медико-санитарных мероприятий. В документах упомянуты фамилии более 180 врачей и фармацевтов, а также говорится о медицинском персонале ряда лечебных учреждений и населенных пунктов без указания фамилий и точного числа арестованных. Так, в телеграмме Н. А. Семашко от 26 сентября 1919 г. упоминается об аресте около 15 врачей Екатеринбургской ЧК без указания фамилий<sup>5</sup>.

Среди арестованных врачей значатся 7 профессоров, преподавателей высших учебных заведений и сотрудников созданных Наркомздравом научно-исследовательских институтов, а также 14 сотрудников Наркомздрава, арестованных по нелепым поводам или вообще без причины. Известный в России и за рубежом специалист в области судебной медицины профессор П. А. Минаков, член Ученого медицинского совета НКЗ РСФСР, 11 сентября 1918 г. был арестован в качестве заложника в Москве на Николаевском вокзале при попытке отвезти на дачу больного туберкулезом сына<sup>6</sup>. Более года в саратовской тюрьме провел профессор М. И. Райский<sup>7</sup>.

В Петрограде профессор Б. Н. Хольцов, сотрудник Психоневрологического института, и его коллега приват-доцент Кудряшов были арестованы по обвинению «Красной газеты» за то, что они якобы находились на службе не более 6 ч, а в остальное время занимались «канцелярской работой». Ревтрибунал приговорил их к тюремному заключению на 1,5 года и 1 год. Отмены наказания требовали Наркомздрав, участники Съезда по сыпному тифу, Совет медицинского факультета 2-го Петроградского университета, руководитель Психоневрологического института В. М. Бехтерев. Однако Петроградский совет трудармии 18 февраля 1920 г. подтвердил приговор ревтрибунала с тем, чтобы обвиняемые были привлечены к общественным работам по их специальности в лазаретах, которые будут указаны заведующим отделом здравоохранения Е. П. Первухиным<sup>8</sup>.

Об освобождении врачей ходатайствовали родственники, сослуживцы, руководители медицинских учреждений и институтов. В 1919 г. об освобождении из концлагеря врача А. И. Балашова, обвиненного уездным ЧК Сасовского уезда Тамбовской губернии в использовании медикаментов не по назначению, ходатайствовал медперсонал уезда, председатель исполкома Тамбовской губернии, Правление Пироговского общества, Всероссийский профессионального союз врачей<sup>9</sup>. Но не все врачи, находившиеся в тюрьмах и концлагерях, имели возможность обратиться за помощью в Наркомздрав, и, видимо, репрессированных врачей было значительно больше,

<sup>1</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 226.

<sup>2</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 5—50б., 17.

<sup>3</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 13.

<sup>4</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 226. Л. 466—466об.

<sup>5</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 441.

<sup>6</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 3.

<sup>7</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 214.

<sup>8</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 226. Л. 65—66-об, 70.

<sup>9</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Д. 96. Л. 30, 50; 317, 319—321, 325—331.

История медицины

чем упомянуто в архиве. В результате арестов врачей население часто оказывалось лишенным медицинской помощи. После ареста врача Бурьянова в Сызранском уезде три медицинских участка, которые он обслуживал, остались без медицинской помощи<sup>10</sup>.

Архивные документы демонстрируют безответственность и непонимание ВЧК и местными властями важности врачебно-санитарной работы. В качестве примера можно привести эпизод, участие в котором принимал известный врач-большевик, впоследствии историк медицины М. И. Барсуков, направленный Наркомздравом в командировку на Восточный фронт в сентябре 1919 г. Прибыв в Симбирск, он вызвал санитарного врача Х. И. Иоста, заведующего банными отрядами Наркомздрава, болевшим с сыпным тифом на Восточном фронте. По какой-то причине врач не смог явиться на встречу, за что был арестован по распоряжению М. И. Барсукова. Не найдя веской причины для задержания врача, занятого ответственной работой, заведующий особым отделом распорядился о его освобождении, но вследствие срочного переезда в Уфу забыл сообщить об этом по инстанции. Х. И. Иост, находясь с сентября 1919 г. в симбирской тюрьме, переболел сыпным и возвратным тифом. Только через полгода он смог передать письмо о случившемся заведующему санитарной частью Кавказского фронта врачу А. П. Воскресенскому, который сообщил об этом Н. А. Семашко, и 23 марта 1920 г. Х. И. Иост был освобожден по срочной правительственной телеграмме из Наркомздрава в Симбирскую губчека «ввиду крайней нужды в банных специалистах»<sup>11</sup>.

Врачей арестовывали по самым нелепым поводам: по ошибке, вместо однофамильцев, по доносам. Зубной врач Эвенчик была арестована за то, что отказалась оставить грудного ребенка в связи с работой по призыву. По ходатайству Н. А. Семашко ей была дана отсрочка до того времени, как ребенку исполнится год<sup>12</sup>. Часто арестам подвергались врачи, командированные по каким-то делам в Москву. Врач врачебно-питательного отряда Оргинского района Л. П. Соловьев был арестован в Москве лишь за то, что в его вещах нашли мундир с прежней службы и ордена<sup>13</sup>. Арестовывали медицинских работников, направленных в командировку для закупки медикаментов. Одновременно с арестами у отдельных врачей и персонала санитарных поездов отнимали вещи, книги, продукты. Попытка старшего врача санитарного поезда № 2975 Позина обжаловать произошедшее закончилась арестом и отправкой его на принудительные работы сроком на полгода<sup>14</sup>.

Чрезвычайно характерен также следующий эпизод: 12 августа 1919 г. в Тверском уезде хирург Любовский производил сложную трепанацию черепа у раненого красноармейца и не мог во время операции

отвечать на телефонные звонки армейского начальства. Вместо себя в уездный военный комиссариат для освидетельствования призывников он направил другого врача, за что и был арестован по распоряжению военного комиссара мобилизационного отдела<sup>15</sup>.

Получая информацию об арестах врачей, Н. А. Семашко и управляющий орготделом Наркомздрава Н. Г. Фрейберг, а в некоторых случаях и замнаркома З. П. Соловьев немедленно направляли телеграммы с пометкой «срочно» в ВЧК или в соответствующие местные учреждения с требованиями об освобождении врачей, срочном расследовании, освобождении врачей под подписку или поручительство авторитетных коммунистов или губздравотдела, а иногда и с просьбой направить в московский ревтрибунал для более объективного расследования. Среди срочных телеграмм, направленных в различные инстанции по поводу арестов врачей, более 200 подписаны лично Н. А. Семашко. Необходимость освобождения врачей мотивировалась их нехваткой для борьбы с эпидемиями. Н. А. Семашко приходилось также обращаться за помощью в СНК РСФСР и ВЦИК, Наркомат внутренних дел, Ревтрибунал, а иногда непосредственно к Ф. Э. Дзержинскому, Я. М. Свердлову, А. В. Луначарскому. В ряде случаев Н. А. Семашко требовал наказать виновных в бесосновательных арестах врачей и дезорганизации врачебно-санитарной работы.

В связи с бесосновательными арестами врачей Балтийского флота (комиссара санчасти Балтфлота Салопенко, военкома Морского Петроградского госпиталя Меринкова и др.) Н. А. Семашко 16 августа 1920 г. в крайне резкой форме пишет командующему Балтфлота Ф. Ф. Раскольникову: «Получил сведения о личных интригах в аресте служащих, в частности военкома Морского Петроградского госпиталя. Просьба вникнуть в дело и прекратить интриги, мешающие работать»<sup>16</sup>.

Правительство продолжало высказывать серьезное беспокойство по поводу недостатка врачей на фронтах и непрекращающихся эпидемий. В. И. Ленин 1 ноября 1919 г. направил письмо З. П. Соловьеву с просьбой дать сведения о количественном составе врачей и контроле за ним. Из Москвы и Петрограда предлагалось срочно отправить на фронт медперсонал, находящийся в лечебных учреждениях сверх установленной нормы [4].

Крайне сложная ситуация возникала, когда арестованного врача объявляли меньшевиком или эсером. Причем для обвинения в причастности к контрреволюционным организациям достаточно было найти в больнице среди заваливавшихся бумаг номер враждебной большевикам газеты, как это произошло в Рязанской губернии с доктором Кудрявцевым, когда у него была обнаружена эсеровская газета «Дело народное». Потребовалось решительное вмешательство Н. А. Семашко для его освобождения<sup>17</sup>.

<sup>10</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 206.

<sup>11</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 226. Л. 96.

<sup>12</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 57.

<sup>13</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 123.

<sup>14</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 49, 61.

<sup>15</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 360—368.

<sup>16</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Д. 96. Л. 459; Д. 226. Л. 207.

Наиболее агрессивно действовала Самарская губерния, арестовавшая в 1919—1920 гг. как минимум 8 врачей. Один врач был убит у дверей своей квартиры, два приговорены к расстрелу без предъявления обвинений. Дальнейшая их судьба из переписки НКЗ и ГУЧК неизвестна<sup>18</sup>. В большинстве случаев Н. А. Семашко все же удавалось спасти врачей, ссылаясь на личное знакомство с арестованными или поручительство авторитетных большевиков. В июне 1919 г. на Южном фронте в районе Камышина в результате наступления Деникина и временного отступления Красной Армии на железной дороге образовалась пробка, возникла паника, массовое дезертирство, санитарные поезда захватывались военными частями. Произошла задержка эвакуации больных и раненых красноармейцев из трех городов. Е. М. Фишман, начальник санитарной части Южного фронта, и его заместитель, особоуполномоченный по Камышинскому району С. Е. Лебединский, были обвинены в халатном отношении к своим обязанностям и осуждены на 5 лет и 3 года. И только обращение Н. А. Семашко в Ревтрибунал ВЦИК и ссылки на амнистии ВЦИК 5 ноября 1919 г. привели к тому, что в июле 1920 г. врачи были освобождены с формулировкой «считать приговор условным»<sup>19</sup>.

Во многих письмах, направляемых в Наркомздрав, говорилось об антисанитарном состоянии и переполненности мест заключения, нехватке в них медикаментов, белья, мыла. Интересно, что даже нарком юстиции осенью 1919 г. из-за отсутствия специального транспорта просил Н. А. Семашко помочь организовать доставку инфекционных больных из тюрем в тюремные больницы<sup>20</sup>. Персонал тюрем испытывал сочувствие к врачам, которые, даже находясь в тюрьмах и концлагерях, пытались оказывать медицинскую помощь заключенным. Старший врач Бутырской тюрьмы 4 сентября 1920 г. писал Н. А. Семашко о том, что заключенный врач Е. Г. Баздырев, работающий в тюремной больнице в качестве заведующего сыпнотифозным отделением, принес бы больше пользы на свободе, в связи с чем просил позаботиться об освобождении врача<sup>21</sup>.

Поражает бюрократизм скорых на расправу органов ВЧК. В 1919 г. старый большевик доктор Сомов, заведующий отделом здравоохранения в Астрахани, сбежав из белогвардейского плена, был арестован Пермским губернским отделом ЧК из-за отсутствия при нем документов. Потребовалась долгая переписка Ревтрибунала Волжской флотилии и астраханской администрации с Пермской ВЧК, жалобы в

Наркомздрав и Наркомат внутренних дел, чтобы Сомов получил возможность в апреле 1920 г. вернуться в санчасть Волжской флотилии<sup>22</sup>.

С окончанием Гражданской войны врачи постепенно получили возможность возвращаться в места прежней работы, недоучившиеся медработники — закончить свое образование и пройти курсы усовершенствования. Часть врачей, находившихся в войсках Белой гвардии, эмигрировала, часть осталась в России и подверглась арестам. Некоторые из них обращались в Наркомздрав с просьбами вернуться на советскую службу в медицинские учреждения<sup>23</sup>.

6 февраля 1922 г. решением ВЦИК ВЧК была ликвидирована, а ее полномочия перешли к Народному комиссариату внутренних дел, в рамках которого было создано Государственное политическое управление (ГПУ).

Невозможно рассказать обо всех эпизодах борьбы, которую Наркомздрав РСФСР во главе с Н. А. Семашко вел за спасение врачей, самоотверженно выполнявших свой профессиональный долг. Однако даже немногие приведенные факты не могут не вызывать у наших современников уважение к первым руководителям советского здравоохранения.

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

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Отчет Народного комиссариата здравоохранения Восьмому съезду Советов. М.; 1920; 21—7.
2. Становление и развитие здравоохранения в первые годы советской власти. 1917—1924. Сб. документов и материалов. М.; 1966.
3. Мозохин О. Б. Право на репрессии: Внесудебные полномочия органов государственной безопасности (1918—1953). М.; 2006.
4. Становление и развитие здравоохранения в первые годы советской власти. 1917—1924. Сб. документов и материалов. М.; 1966.

Поступила 01.08.2018  
Принята в печать 01.03.2018

#### REFERENCES

1. Report of The people's Commissariat of health to the Eighth Congress of Soviets [Отчет народного комиссариата здравоохранения восьмому съезду советов]. Moscow; 1920; 21—7 (in Russian).
2. Becoming and development of health protection in the first years of soviet power. 1917—1924 [Становление и развитие здравоохранения в первые годы советской власти 1917—1924. Сб. документов и материалов]. Moscow; 1966 (in Russian).
3. Mozokhin O. B. Right on repressions: Extra-judicial plenary powers of organs of state security (1918—1953) [Pravo na repressii: Vnesudebnyye polnomochiya organov gosudarstvennoy bezopasnosti]. Moscow; 2006 (in Russian).
4. Becoming and development of health protection in the first years of soviet power. 1917—1924 [Становление и развитие здравоохранения в первые годы советской власти 1917—1924. Сб. документов и материалов]. Moscow; 1966 (in Russian).

<sup>17</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 236.

<sup>18</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 247—250.

<sup>19</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 226; 101—108.

<sup>20</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 80—81.

<sup>21</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 96. Л. 246.

<sup>22</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 226. Л. 85—88.

<sup>23</sup> ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 1. Д. 226. Л. 381—382, 631.

**Воробей С. В.<sup>1</sup>, Туленков А. М.<sup>2</sup>, Пономарев С. Б.<sup>2</sup>**

## ИСТОРИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ

<sup>1</sup>Управление организации медико-санитарного обеспечения Федеральной службы исполнения наказаний Российской Федерации, 119991, г. Москва;

<sup>2</sup>Филиал федерального казенного учреждения «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний Российской Федерации», 426000, г. Ижевск

*Представлена история становления и развития пенитенциарной медицины как части общественного здравоохранения, имеющей специфику. На развитие пенитенциарной медицины влияло не только развитие медицинской науки и практики в целом, но и эволюция правового положения осужденных, а также достижения в психологии, педагогике, социологии, юриспруденции.*

*Выделены периоды развития отечественной пенитенциарной медицины с освещением ключевых вопросов, характеризующих ее состояние: правовой статус осужденного, уровень интеграции общественного и пенитенциарного секторов здравоохранения, развитие сети медицинских учреждений для осужденных, состояние подготовки пенитенциарных врачей, отношение общества и государства к проблеме охраны здоровья осужденных, соответствие международным правовым нормативам.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** пенитенциарная медицина; история; осужденные.

**Для цитирования:** Воробей С. В., Туленков А. М., Пономарев С. Б. Историко-правовые аспекты становления пенитенциарной медицины в России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):487—490. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-487-490>

**Для корреспонденции:** Туленков Алексей Михайлович, канд. мед. наук, начальник отдела изучения проблем внутренней патологии, социально значимых заболеваний, гигиены и экологии, e-mail: [filialniifsin@mail.ru](mailto:filialniifsin@mail.ru)

**Vorobey S. V.<sup>1</sup>, Tulenkov A. M.<sup>2</sup>, Ponomarev S. B.<sup>2</sup>**

## THE HISTORICAL LEGAL ASPECTS OF BECOMING OF PENITENTIARY MEDICINE IN RUSSIA

<sup>1</sup>The Board of Organization of Medical Sanitary Security of the Federal Penitentiary Service of Russia, 119991, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Branch of the Federal Official Institution «The Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia», 426000, Izhevsk, Russia

*The article presents the history of becoming and development of penitentiary medicine as a part of public health with one's own specificity. The development of penitentiary medicine was impacted by development of medical science and practice on the whole, by evolution of legal positioning of convicts and by achievements of psychology, pedagogics, sociology and jurisprudence. The historical periods of development of national penitentiary medicine are distinguished, including interpretation of key issues characterizing its state: legal status of convict, level of integration of public and penitentiary sectors of health care, development of network of medical institutions for convicts, condition of training of penitentiary physicians, attitude of society and state to the problem of health protection of convicts, conformity to international legal standards.*

**К e y w o r d s :** penitentiary medicine; history; convicts.

**For citation:** Vorobey S. V., Tulenkov A. M., Ponomarev S. B. The historical legal aspects of becoming of penitentiary medicine in Russia. Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini. 2018;26(6):487—490 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-487-490>

**For correspondence:** Tulenkov A. M., candidate of medical sciences, the head of the Department of Research in Problems of Inner Pathology, Socially Significant Diseases and Hygiene and Ecology of the Branch of the Federal Official Institution «The Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia». e-mail: [filialniifsin@mail.ru](mailto:filialniifsin@mail.ru)

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

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

Received 15.01.2016  
Accepted 28.01.2016

Изменения организационных и структурных аспектов медицинского обеспечения лиц, содержащихся в местах лишения свободы, которые характеризовали бы стремление приблизить их к уровню развития медицинской науки в нашей стране, проявились относительно поздно.

Первые официальные упоминания о необходимости «лечения больных преступников» встречаются в труде «Учреждение для управления губерний Российской империи» и датируются 1775 г., указания об устройстве тюремных больниц сдержались в «Проекте обустройства тюрем» (1787) [1]. Указом 1796 г. разрешалось лечение заключенных за счет средств из государственной казны [2].

Однако большинство положений, касавшихся медицинского обслуживания, не были реализованы, что обусловлено их несоответствием реальным возможностям Российского государства того времени [3].

Существенные изменения в уголовно-исполнительной системе России произошли в первой половине XIX в. В практику управления тюремной системой начинают проникать зарубежные идеи в области организации исполнения уголовных наказаний, обращения с правонарушителями и преступниками [4]. Значительным этапом развития пенитенциарной медицины данного периода стало основание в 1819 г. Попечительного о тюрьмах общества, секретарем, а в дальнейшем — директором которого стал

доктор Федор Петрович Гааз (1780—1853). Именно благодаря его настойчивости осуществились многочисленные реформы: введены облегченные кандалы, построена больница для заключенных, организован приют со школой и мастерскими для детей, чьи родители были в заключении, и т. д. [5]. Заслуги этого великого врача в наши дни отмечены учреждением в уголовно-исполнительной системе России медали, носящей его имя.

Первым нормативным актом, в котором организационные вопросы медико-санитарного обеспечения осужденных изложены в виде единого комплекса мероприятий, стала Инструкция смотрителю губернского тюремного замка (1831), в которой за администрацией исправительного учреждения закреплена ответственность за лечение осужденных и санитарно-гигиеническое состояние исправительного учреждения, при этом непосредственная организация данной работы лежала на врачах [6].

Кроме того, предписывалось приведение условий содержания в тюремных больницах к общепринятым нормативам для больниц, расписывался порядок ведения заключенных медицинскими работниками при поступлении в исправительное учреждение, при выявлении заболевших, предписывался ежедневный контроль санитарного состояния мест заключений.

Нельзя не отметить вклад в развитие пенитенциарной медицины Алексея Петровича Доброславина (1842—1898), основоположника отечественной пенитенциарной гигиены. Он изучал результаты воздействия на организм заключенных различных факторов их повседневной жизни, в частности качества и количества воды, рассчитал нормативы вентиляции воздуха в исправительных учреждениях, научно доказал физиологические нормативы питания заключенных. Он стал основоположником организации лазаретов на баржах при этапировании арестантов, внес большой вклад в развитие тюремной статистики того времени [5].

Значимой поворотной вехой в изменении облика пенитенциарной системы стала Февральская буржуазно-демократическая революция 1917 г. В частности, Временным правительством издан указ об образовании особого врачебно-санитарного совета при Главном тюремном управлении. В его компетенцию входило рассмотрение вопросов медицинского обеспечения и санитарного благоустройства в местах заключения [7].

В 1918 г., после провозглашения образования Советского государства, в принятых временных инструкциях «О лишении свободы как мере наказания и о порядке отбывания такового» были сформулированы основные принципы новой тюремной политики: самокупаемость и полное перевоспитание заключенных. 17 мая 1919 г. ВЦИК принял постановление «О лагерях принудительных работ», которым учреждалось два вида лагерей — обычные и особые, а принятым 11 июля 1929 г. постановлением Совета народных комиссаров «Об использовании труда уголовно-заключенных» для управления структурой

лагерей создан ГУЛАГ Объединенного государственного политического управления (ОГПУ) [8].

По мере развития уголовно-исполнительной системы России происходило и развитие пенитенциарной медицины, что отражено в трудах отечественных историков Б. А. Нахапетова, З. А. Астемирова, С. И. Кузьмина, М. Г. Деткова, Л. Ф. Пертли.

С созданием ОГПУ в 1924 г. вся медицинская служба лагерей была подчинена соответствующему отделу ОГПУ. При этом общереспубликанские нормы Народного комиссариата здравоохранения были заменены новыми, неблагоприятными для заключенных [9].

Были введены новые виды мест лишения свободы, в том числе лечебные заведения для лиц с психическими отклонениями и тюремные больницы. В 1924 г. организованы колонии для психически неуравновешенных, туберкулезных и других больных заключенных, а также учреждены институты психиатрической экспертизы.

Как следует из трудов Б. А. Нахапетова, структура лечебно-профилактических учреждений ГУЛАГа была практически идентична схеме организации сельского здравоохранения в СССР: «...многочисленность и разбросанность медицинских пунктов по территории страны, та же многоступенчатость оказания различных видов медицинской помощи, тот же не слишком высокий уровень медицинского обслуживания населения». Кроме того, они отмечают и особенности условий работы санитарной службы ГУЛАГа: «...неудовлетворительные условия быта, недостаточное питание, чрезмерное трудовое использование и, как следствие, плохое физическое состояние заключенных; широкое распространение таких болезней, как авитаминозы, дистрофии, заразные заболевания, разнообразные травмы; высокая заболеваемость, сопровождающаяся значительными трудовыми потерями и большой летальностью; ограниченные возможности для оказания квалифицированной медицинской помощи из-за плохого материально-технического состояния лечебно-профилактических учреждений и низкой квалификации медицинского персонала; отрицательное влияние административного фактора на работу медицинской службы» [10].

Результатом пребывания в этих условиях стала большая смертность заключенных, в зимние периоды 1925—1927 гг. составлявшая 25—50%. Высокий уровень смертности сохранялся и в дальнейшем: в 1934—1941 гг. она составляла не менее 12% [11].

По данным А. А. Феличкина [1], на фоне большой неукомплектованности санчастей медицинским персоналом, нехватки самых необходимых медикаментов основной их работой стала борьба со вспышками инфекционных заболеваний (сыпной и брюшной тиф) и авитаминозами (цинга).

Особым периодом деятельности системы санитарного обеспечения являются годы Великой Отечественной войны, с началом которой материально-бытовое положение заключенных и их медицинское обеспечение существенно осложнилось.



## История медицины

Уже в первый год войны произошло значительное изменение физического профиля заключенных в сторону снижения их трудоспособности. Для такой категории заключенных еще до войны были организованы слабосильные команды и оздоровительно-профилактические пункты, получившие затем название оздоровительных пунктов ГУЛАГа. С началом войны в связи с ужесточением лагерного режима они были ликвидированы, но из-за резкого ухудшения состояния здоровья заключенных и увеличения смертности в лагерях их вновь открыли в 1942 г. [10].

В 1944 г. было разработано Положение о больницах для заключенных в исправительно-трудовых лагерях и колониях НКВД СССР, в котором были определены основные задачи и функции больниц, их структура и порядок работы.

Следующим шагом в развитии системы пенитенциарного здравоохранения стало изменение штатной структуры пенитенциарных лечебных учреждений в 1956 г., приблизившее их к штатам лечебных учреждений Министерства здравоохранения. В частности, если в 1930 г. в штате исправительно-трудовых лагерей имелся один врач, то к 1950 г. уже имелись амбулатория, больницы и стационары. В 1957 г. были учреждены медико-санитарные части с больницами и врачебными или фельдшерскими пунктами, с соответствующими штатами.

С 1957 г. при крупных колониях стали организовывать медико-санитарные части с больницами на 10, 25 и 35 коек с соответствующим штатом медицинского персонала, а при небольших колониях — врачебные или фельдшерские пункты с изоляторами до 5 коек. Кроме того, в каждом регионе имелась центральная больница, а в некоторых республиках, краях, областях их было несколько. Такой порядок организации медицинского обеспечения, в том числе и планирования, сохранился практически до настоящего времени [12].

Исправительно-трудовой кодекс РСФСР, принятый в 1971 г., предписывал организацию в местах лишения свободы необходимых лечебных учреждений. Кроме того, лечебно-профилактическая и противоэпидемическая работа в местах лишения свободы должна была организовываться в соответствии с законодательством о здравоохранении.

В 1993 г. были приняты Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, в которых за лицами, содержащимися в исправительных учреждениях, были закреплены права на получение медицинской помощи, в том числе при необходимости в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, за счет бюджетов всех уровней.

Дальнейшее развитие уголовно-исполнительной системы привело к ее передаче в 1998 г. из ведения Министерства внутренних дел в Министерство юстиции Российской Федерации и созданию в его структуре Медицинского управления с аппаратом управления во всех территориальных органах [13]. Был определен перечень создаваемых учреждений

для осуществления медицинского обслуживания осужденных: лечебно-профилактические учреждения (больницы многопрофильные, специализированные психиатрические и туберкулезные), медицинские части, лечебно-исправительные учреждения (психиатрические, туберкулезные).

Кроме того, после передачи уголовно-исполнительной системы из Министерства внутренних дел в Министерство юстиции Российской Федерации 30 апреля 1999 г. был основан Научно-исследовательский институт федеральной службы исполнения наказаний Российской Федерации, в составе которого функционирует филиал в г. Ижевске, занимающийся исследованиями в области пенитенциарной медицины. Учитывая конструктивное участие института в законотворческой деятельности, работе экспертных советов, решением Комитета по безопасности Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации от 13 ноября 2003 г. № 115/4—2 институт был утвержден базовым научным центром Комитета по безопасности Госдумы в сфере уголовно-исполнительной политики.

Современный этап реформирования уголовно-исполнительной системы направлен в первую очередь на существенную либерализацию и гуманизацию уголовной политики, приведение порядка и условий исполнения наказаний в соответствие с общепризнанными нормами международного права. В частности, Российской Федерацией были ратифицированы Европейская конвенция по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания, Европейская конвенция о выдаче, Европейская конвенция о взаимной правовой помощи по уголовным делам, Конвенция о правовой помощи и правовых отношениях по гражданским, семейным и уголовным делам и др.

Одновременно с этим проводилась работа, направленная на приведение российского законодательства по вопросам, относящимся к деятельности уголовно-исполнительной системы, в соответствие с требованиями международных европейских стандартов. Приняты федеральные законы, направленные на обеспечение основных прав и свобод граждан: «О свободе совести и о религиозных объединениях», «Об общественных объединениях», «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» и др.

В связи со вступлением России в Совет Европы и взятием обязательств по ряду международных конвенций о правах человека повысилось внимание к таким вопросам, как соблюдение прав заключенных, обеспечение доступа к качественной медицинской помощи, правовая регламентация принудительного лечения и другим проблемам медицинского обеспечения.

В 1973 г. Совет Европы принял Европейский стандарт медицинского обращения с заключенными, который был составлен по образцу Минимальных стандартных правил обращения с заключенными, принятых Организацией Объединенных Наций в 1953 г.

В 1987 г. Совет Европы принял новые Европейские пенитенциарные правила, которые были пересмотрены в 2006 г. В этих правилах обязательства по охране здоровья всех заключенных возложены на тюремные власти. Особенно подчеркивается необходимость тесной связи между пенитенциарной медициной и системой общественного здравоохранения.

### Заключение

Принятие данных международных нормативных актов обозначило современные тенденции развития уголовно-исполнительной системы:

- смягчение условий содержания осужденных;
- улучшение материально-бытового обеспечения осужденных;
- обеспечение доступности медицинской помощи, образования, трудовой деятельности;
- борьба с тюремной субкультурой и традициями («воровскими законами» и т. д.);
- улучшение правовой защищенности.

На современном этапе развития пенитенциарной системы перед руководством стоят новые задачи, решение которых позволит выйти на качественно новый этап развития пенитенциарной медицины в России, основные направления которого были изложены в принятой распоряжением Правительства РФ от 14 октября 2010 г. № 1772-р «Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года».

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

### ЛИТЕРАТУРА

1. Филичкин А. А. История становления пенитенциарной медицины в России. *Уголовно-исполнительное право: научный журнал*. 2006;(1):90—3.
2. Тимофеев В. В., Тимофеев В. Г. Уголовно-исполнительная система России: цифры, факты и события: Учеб. пособие для вузов. Чебоксары: Изд-во Чувашского ун-та; 2008.
3. Гернет М. Н. История царской тюрьмы. М.: ГИЮЛ; 1951; Т. 1.
4. Петренко Н. И. Становление и развитие управления уголовно-исполнительной системой России. Рязань; 2002.
5. Давыдова Н. В., Пертли Л. Ф. Пенитенциарная медицина: история и люди: Учеб. пособие. М.: НИИ ФСИН России; 2011.
6. Рассказов Л. П., Упоров Л. В. Тюремные инструкции в Российской Империи: Учебное пособие. Краснодар: Изд-во Краснодарского юридического ин-та; 1999.

7. Аладина Л. С., Ковалев О. Г., Шабанов Г. Х. Российская уголовно-исполнительная система: исторические этапы формирования: Монография. М.; 2007.
8. Егоров В. С. Система уголовных наказаний в период становления советской власти. *Уголовно-исполнительная система: право, экономика, управление*. 2006;(4):24—7.
9. Росси Ж. Справочник по ГУЛАГу. М.; 1992.
10. Нахпетов Б. А. Очерки истории санитарной службы ГУЛАГа. Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН). М.: Фонд Первого Президента России Б. Н. Ельцина; 2009.
11. Панин Д. М. Лубянка — Экибастуз: Лагерные записки. М.: Обновление; 1990.
12. Сажин В. Л., Юрьев В. К. Здоровье и болезни заключенных. СПб.; 1999.
13. Кононец А. С. Служба здравоохранения. *Преступление и наказание*. 2004;(3):23.

Поступила 15.01.2016  
Принята в печать 28.01.2016

### REFERENCES

1. Filichkin A. A. History of formation of penitentiary medicine in Russia. *Ugolovno-ispolnitel'noe pravo: nauchnyy zhurnal*. 2006;(1):90—3 (in Russian).
2. Timofeev V. V., Timofeev V. G. Criminal and executive system of Russia: figures, facts and events: studies. a grant for higher education institutions [Ugolovno-ispolnitel'naya sistema Rossii: tsifry, fakty i sobytiya: ucheb. posobie dlya vuzov]. Cheboksary: Izd-vo. Chuvash. un-ta; 2008 (in Russian).
3. Gernet M. N. History of imperial prison [Istoriya tsarskoy tyur'my]. Moscow: GIYuL; 1951 (in Russian).
4. Petrenko N. I. Formation and development of management of criminal and executive system of Russia [Stanovlenie i razvitie upravleniya ugolovno-ispolnitel'noy sistemoy Rossii] Ryazan'; 2002 (in Russian).
5. Davydova N. V., Pertli L. F. Penitentiary medicine: history and people: studies. Manual [Penitentsiarnaya meditsina: istoriya i lyudi: Ucheb. Posobie]. Moscow: NII FSIN Rossii; 2011 (in Russian).
6. Rasskazov L. P., Uporov L. V. Prison instructions in the Russian Empire: Manual [Tyuremnye instruktsii v Rossiyskoy Imperii: uchebnoe posobie]. Krasnodar: Izd-vo Krasnodar. yurid. in-ta; 1999 (in Russian).
7. Alad'ina L. S., Kovalev O. G., Shabanov G. Kh. Russian criminal and executive system: historical stages of formation: Monograph [Rossiyskaya ugolovno-ispolnitel'naya sistema: istoricheskie etapy formirovaniya: monografiya]. Moscow; 2007 (in Russian).
8. Egorov V. S. System of criminal penalties during formation of the Soviet power. *Ugolovno-ispolnitel'naya sistema: pravo, ekonomika, upravlenie*. 2006;(4):24—7 (in Russian).
9. Rossi Zh. Reference book on GULAG [Spravochnik po GULAGu]. Moscow; 1992 (in Russian).
10. Nakhpetov B. A. Sketches of history of public health service of GULAG [Ocherki istorii sanitarnoy sluzhby GULAGa]. Moscow: Rossiyskaya politicheskaya entsiklopediya (ROSSPEN); Fond Perвого Prezidenta Rossii B. N. El'tsina; 2009 (in Russian).
11. Panin D. M. Lubyanka — Ekibastuz: Camp notes [Lubyanka — Ekibastuz: Lagernye zapiski]. Moscow: Obnovlenie; 1990 (in Russian).
12. Sazhin V. L., Yur'ev V. K. Health and diseases of prisoners [Zdorov'e i bolezni zaklyuchennykh]. Sankt-Petersburg; 1999 (in Russian).
13. Kononets A. S. Health service. *Crime and punishment — Prestuplenie i nakazanie*. 2004;(3):23 (in Russian).

**Горелова Л. Е., Афанасьева Е. А.**

## РОЛЬ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШКОЛ В РАЗВИТИИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

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

*Показана история создания госпитальных школ России XVIII века и их вклад в развитие российской медицины. Отражена деятельность первой госпитальной школы и ее роль в развитии медицинского образования в России.*

*Ключевые слова:* госпитальная школа; генеральный госпиталь; Н. Бидлоо; выпускники.

**Для цитирования:** Горелова Л. Е., Афанасьева Е. А. Роль госпитальных школ в развитии отечественного медицинского образования. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):491—495. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-491-495>

**Для корреспонденции:** Горелова Лариса Евгеньевна, д-р мед. наук, профессор, ведущий научный сотрудник отдела истории медицины Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко, e-mail: [gorelova\\_le@mail.ru](mailto:gorelova_le@mail.ru)

**Gorelova L. E., Afanasieva E. A.**

## THE ROLE OF HOSPITAL SCHOOLS IN DEVELOPMENT OF NATIONAL MEDICAL EDUCATION

The Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia

*The article presents the role of organization of hospital schools in Russia of XVIII century and their input into development of Russian medicine. The activity of the first hospital school, including its role in development of medical education in Russia is expounded.*

*Keywords:* hospital school; general hospital; N. Bidloo; graduates.

**For citation:** Gorelova L. E., Afanasieva E. A. The role of hospital schools in development of national medical education. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(6):491—495 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-491-495>

**For correspondence:** Gorelova L. E., doctor of medical sciences, professor, the leading 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: [gorelova\\_le@mail.ru](mailto:gorelova_le@mail.ru)

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

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

Received 26.10.2016  
Accepted 14.03.2017

В 2017 г. исполняется 310 лет со дня основания в Москве первой госпитальной школы [1]. Первые выпускники Московской госпитальной школы были немногочисленны: в 1712 г. их было 4, в 1713 г. — 6, в 1714 г. — 12. О первом выпуске госпитальной школы, состоявшемся в 1712 г., сведений сохранилось мало и они противоречивы. Известны имена этих лекарей: Степан Блаженов, Иван Беляев, Егор Жуков [2]. Еще известно, что два выпускника (С. Блаженов и И. Беляев) были отосланы на службу в Балтийский флот. По прибытии в Петербург в июле 1712 г. эти выпускники подверглись повторному экзамену, который не сдали. Только благодаря вмешательству Н. Бидлоо<sup>1</sup> они получили подлекарское звание. Вероятно, по данной причине этот год и не называется годом первого выпуска. Второй официальный выпуск учеников госпитальной школы был произведен в 1713 г. и состоял из 6 человек: Нефедов Д., Воронин С., Шелониюк Я., Трубчаткин М., Комаров А., Вислов Г. Все они были отправлены в Санкт-Петербург, сдали повторные экзамены и были приняты на службу в Балтийский флот. Весной 1714 г. состоялся

третий выпуск учеников госпитальной школы: Леонтьев И., Марков Н., Остроумов М., Филиппов В., Струков Е., Шанин И., Гороженинов П., Зверев Е., Савин Е., Кудрявцев С., Чащин И., Амосов А. [3]. Все они были отправлены в Санкт-Петербург и, как свидетельствует справка из Адмиралтейской канцелярии, «все они были распределены на корабли Балтийского флота подлекарями» [4].

XVIII век занимает особое место в развитии российского образования, в том числе высшего медицинского. В начале XVIII в. Россия являлась единственной европейской страной, в которой не было ни университетов, ни других высших учебных медицинских заведений. К началу XVIII в. число имеющих лицензию лекарей было недостаточно для удовлетворения потребностей страны, возросших в связи с экономическими сдвигами, происшедшими в ней в начале столетия. Проблема подготовки таких врачей начала решаться в России в XVIII в. созданием госпитальных школ или медико-хирургических училищ, как они стали называться позднее. Эти медицинские школы и явились первыми медицинскими учебными заведениями в России, подобных которым в начале XVIII в. не имела ни одна страна. Создавались они при госпиталях, получивших название генеральных. Окончившие их ученики на-

<sup>1</sup> Н. Бидлоо (1670—1735) — лейб-медик Петра I, выпускник Лейденского университета, главный врач Московского сухопутного госпиталя и первый директор госпитальной школы.

правлялись в основном в полки, где через некоторое время практической работы получали звание лекаря или подлекаря.

Первый Московский госпиталь для «лечения болящих людей» начал строиться по указанию Петра I решением Монастырского приказа от 1 мая 1705 г. за подписью его управляющего боярина И. А. Мусина-Пушкина. Предполагалось строить его на средства, получаемые Монастырским приказом со своих вотчин, а также на сбор с «венечных памятей» (так назывались деньги, собираемые духовенством за венчание). По указу Петра I вступающие в брак в первый раз платили за венчание по 6 алтын, во второй раз — 12 алтын, а в третий — 18)<sup>2</sup>. Кроме того, со всех лиц, состоявших на государственной службе, взимались еще так называемые лекарственные деньги (образ медицинское страхования). Существовала еще одна статья дохода, использовавшаяся для постройки и содержания госпиталя и госпитальной школы, — «штрафные деньги». Штрафы взимались с лиц православного исповедания, не являвшихся в течение года на духовную исповедь [5].

25 мая 1706 г. Петр I издал Указ об организации Московского военного госпиталя [5] — ныне это Главный военный госпиталь им. Н. Н. Бурденко. Он планировался сразу и как лечебное учреждение, и как учебное заведение.

Строительство началось в 1706 г. Петр I «поручил соорудить деревянный госпиталь архитектору И. П. Зарудному». И. П. Зарудный в этот период занимался строительством храма (Меньшикова башня), также сохранившегося до настоящего времени. Сооружался госпиталь по проекту главного врача госпиталя Н. Бидлоо. Петр I в 1705 г. определил Н. Бидлоо в «Инспекторы учреждаемого в Москве на реке Яузе Гошпиталя, и Профессоры Анатомии и Хирургии в заведенном при сем Гошпитале Медико-Хирургическом училище» [6]. Н. Бидлоо «всей душой был предан своему госпиталю и училищу и полгал в нем всю свою гордость и всю свою славу» [6].

В 1707 г. постройка госпиталя была завершена, в него поступили первые больные, и с этого года при нем начала функционировать госпитальная школа.

В госпиталь «принимаемы были всякого звания больные и убогие люди, а именно монахи, студенты, подьячие, отставные солдаты, из тайной канцелярии колодники и пр.» [6]. Это давало возможность расширить спектр изучаемых болезней.

Штат Московского госпиталя первоначально был небольшим, и его сотрудникам приходилось совмещать лечебную работу с педагогической. Обучение анатомии, внутренним болезням и хирургии с десмургией проводил сам Н. Бидлоо, главный доктор Московского госпиталя и руководитель госпи-

тальной школы. В сущности, он и стал первым российским профессором медицины и хирургии, хотя формально звания профессора в России тогда еще не существовало.

По направленности подготовки медиков школа Н. Бидлоо была медико-хирургической. В методах обучения, применявшихся в русских госпитальных школах, был заложен медико-хирургический принцип: широкие теоретические познания, основанные на изучении анатомии, соединялись с клинической и хирургической практикой [7].

Практический характер обучения, который существовал в Московской госпитальной школе, и стал законом для других госпитальных школ, открытых в XVIII в. Созданные позднее другие госпитальные школы взяли за образец деятельность московской школы. Клиническая практика включала присутствие учеников и подлекарей на обходах врачей, участие в исполнении врачебных назначений и изготовлении лекарств, дежурства возле больных [8]. Госпитальные школы были учебными заведениями, где широкое теоретическое обучение сочеталось с богатой клинической практикой. Обучение в них было демонстративным, учащиеся непосредственно участвовали в лечении больных.

Наглядность обучения обеспечивал и анатомический театр, в котором на некоторых вскрытиях присутствовал Петр I. Обязательными были вскрытия и препарирования трупов неопознанных «подлых людей» (бездомных), найденных на улицах Москвы, доставлявшиеся в анатомический театр по специальному указу властей. Впоследствии, с выходом указа 1746 г., занятия на трупах приняли характер обязательных. Будущие лекари получили возможность приобретать навыки в производстве вскрытий, а объяснения «докторов» и «операторов» должны были восполнить их знания по судебной медицине и расширить представления о существовании болезней и причинах смерти. «Разобрание анатомическое чинить в палате, определенной на то в госпитале, а особливо которые будут болезни странные, тех отнюдь не пропускать без анатомического действия, и что достопамятно есть, иное велеть рисовальному мастеру срисовать» [9].

Учебный план госпитальных школ первоначально включал анатомию, «материя медика» (фармакологию), хирургию, внутренние болезни. В госпитальных школах в обязанности обучающихся было введено приготовление лекарств. Особенно и в большом объеме преподавалась «материя медика» — курс, включавший в себя фармагнозию, фармакологию, фармацию, а впоследствии и ботанику. Занятия по этим дисциплинам проводились в госпитальных палатах и в ботанических садах. Один из них, созданных для этих целей Петром I, сохранился до настоящего времени (Ботанический сад Московского университета им. М. В. Ломоносова). В 1754 г. были добавлены физиология, патология, оперативная хирургия, в 1763 г. — акушерство, женские и детские болезни. Предусматривалась медико-хирургическая и клиническая практика в госпиталях [9]. Срок обу-

<sup>2</sup> Московский госпиталь подчинялся Монастырскому приказу, а с 1721 г. — Синоду. Только в 1755 г., в год создания Московского университета, Главный госпиталь по указу императрицы Елизаветы Петровны от 9 января 1755 г. был передан из ведения Святейшего Синода в подчинение Военной коллегии, выделявшей достаточно средств на строительство новых помещений госпиталя, где размещались отделения госпитальной школы.

## История медицины

чения составлял от 5 до 10 лет; в 1754 г. Медицинской канцелярией он был установлен 7-летним, при этом преподавание клинических дисциплин (терапия, хирургия, детские и инфекционные болезни) начиналось с пятого года обучения и обязательно проводилось у постели больного.

Первое время из-за отсутствия учебников единственным источником знаний являлись для учеников продиктованные Н. Бидлоо «лекционы». В 1710 г. Н. Бидлоо создает первый отечественный учебник по медицине (на латинском языке): «Наставление для изучающих хирургию в анатомическом театре». Выдающийся отечественный хирург В. А. Оппель отмечал, что первым учителем хирургии в России нужно считать Николая Бидлоо [10]. Первые годы эта книга была основным стержнем программы подготовки лекарей в госпитальных школах. Несмотря на трудности организационного периода, состоялись первые, хотя и немногочисленные, выпуски. Н. Бидлоо с гордостью писал императору о своих учениках: «Рекомендовать не стыжусь, ибо они не токмо имеют знание одной или другой болезни, которая на теле приключается и к чину хирурга подлежит, но и генеральное искусство о всех тех больных от главы даже до ног с подлинным обучением, как их лечить, також они приключающиеся язвы завязывать и ко оным завязыванием сочинять... zelo поспешно научились» [6].

Состав учащихся госпитальных школ был демократичен. В них поступали выходцы из мелкого духовенства, дети солдат, казаков. Из этих выпускников и формировались основные кадры просвещенных людей XVIII в.: П. А. Загорский, Н. М. Максимович-Амбодик, П. И. Погорецкий и др. Государство частично обеспечивало учащихся питанием, одеждой, но в основном это были отчисления из церковных доходов. Для получения дополнительных средств к госпиталям приписывались земли — мера совершенно естественная в условиях феодального государства. Так, Московский госпиталь получал доходы от владений в Симбирской губернии, в Костромском и Вологодском уездах [5].

Учащиеся должны были в совершенстве владеть латынью, на которой велось преподавание и были написаны имевшиеся в библиотеке учебники по медицине (С. Бланкарда и Н. Бидлоо). Поэтому набор учащихся первоначально был затруднен и нередко осуществлялся путем «переманивания учеников из духовных семинарий» [11]. В какой-то мере облегчению набора и его стабилизации способствовало полученное в 1754 г. разрешение Синода переводить в госпитальные школы из духовных семинарий учеников, овладевших латынью.

Всего в первой половине XVIII в. были созданы 4 госпитальных школы: в Москве, Петербурге при сухопутном и адмиралтейском госпиталях и в Кронштадтском адмиралтейском госпитале. Во второй половине века были открыты еще две школы — на Алтайских заводах и в Елизаветграде. Они просуществовали до 1786 г., подготовив около 2 тыс. специалистов [9]. Их питомцы служили в армии, были на

гражданской службе, некоторые, продолжив образование за границей, вернулись на родину в «градусе докторов медицины». В течение XVIII в. в различных университетах Европы защитили диссертации 89 лекарей, получивших первоначальное медицинское образование в госпитальных школах России. В числе 89 защищенных выпускниками русских госпитальных школ диссертаций имелись работы по различным областям медицинской науки: анатомии, физиологии, по разделам хирургии, акушерству, инфекционным болезням и др. [12]. Подготовка, основанная на клиническом методе, давала им возможность по достоинству оценить традиции, заложенные школой Н. Бидлоо [12]. Это была заслуга преподавателей Московской госпитальной школы. В разное время среди преподавателей были крупнейшие русские ученые медики XVIII в.: К. И. Щепин, П. И. Погорецкий, П. М. Шумлянский, Н. Г. Ножевщиков, А. Шафонский и др.

До 60-х годов XVIII в. в госпитальной школе преподавали исключительно иностранцы. Они были достаточно известными врачами и учеными-медиками, хотя и не носили первоначально в России титула профессоров: в Москве это были голландец Н. Л. Бидлоо, немец А. В. Де-Тейльс и англичанин Л. Кольдервуд, в Кронштадте — немец Я. Милиус и швед Е. К. Валериан, в Петербурге — немец И. Ф. Шрейбер и голландец Я. Меллен, в Елизаветграде — итальянец В. Доменициус и многие другие. С годами, однако, положение менялось. Количество воспитанников госпитальных школ, в том числе из «природных россиян», постоянно увеличивалось. Наиболее способных из них после окончания курса отправляли «для совершенствования в науках» в зарубежные университеты; возвращаясь на родину, они пополняли ряды преподавателей и профессоров госпитальных школ и медико-хирургических училищ. Так, хирургии в Московской госпитальной школе обучали опытные специалисты: М. И. Шеин, К. И. Щепин, Н. К. Карпинский, Я. О. Саполович. Внутренние болезни преподавали профессора П. И. Погорецкий, К. О. Ягельский и М. Х. Пеккен.

С годами система подготовки будущих врачей совершенствовалась, все более приспособляясь к практической востребованности. Чрезвычайно важным было принятие в 1735 г. «Генерального регламента о госпиталях» — документа, впервые законодательно регламентировавшего все стороны деятельности русских госпиталей, в том числе и госпитальных школ. Устанавливалось, в частности, что главный доктор госпиталя должен был исполнять обязанности не только профессора, но и, выражаясь современным языком, ректора госпитальной школы. Он должен был возглавлять подготовку будущих врачей и контролировать учебно-педагогическую деятельность преподавателей госпитальной школы.

Совершенствованию преподавания в госпитальных школах медицины и хирургии способствовала инструкция, принятая в 1745 г. и устанавливающая более строгий порядок экзаменов. Рациональным оказалось введение в 1753 г. должности младших

докторов. Существенным был и вновь введенный порядок — «иметь в генеральных госпиталях определенное число больных разными болезнями в одной или нескольких палатах и заведовать ими (палатами) по своему усмотрению». Фактически это был прообраз клиник, созданных для учеников госпитальных школ, хотя они не носили такого названия.

В 1762 г. одним из первых отечественных преподавателей в Московской госпитальной школе стал К. И. Щепин (1728—1770). При нем начали возрождаться принципы наглядности и практической направленности, от которых несколько отошли после смерти Н. Бидлоо. К. И. Щепин был первым профессором, начавшим преподавание медицины в госпитальной школе на русском языке.

Новый период в истории Московского госпиталя и его лекарской школы совпал с началом деятельности в должности архиатра руководителя Медицинской канцелярии Павла Захаровича Кондоиди (1710—1760). Назначенный на этот пост в 1754 г., П. З. Кондоиди сумел за короткий срок провести ряд важных реформ и мероприятий, направленных на улучшение медицинского дела в России. Это коснулось и госпитальных школ в части составления инструкций и планов преподавания в госпитальных школах: введено обязательное 7-летнее обучение, усовершенствована система экзаменов, включены в программу обучения физиология, женские, детские болезни и акушерство, обязательные патологоанатомические вскрытия умерших в госпиталях больных.

По сенатскому указу 1756 г. был увеличен штат Московского госпиталя (введены должности одного оператора, двух врачей и шести подлекарей). Несколько ранее в госпиталь был назначен младший доктор «для показания лекарским ученикам анатомии и для присмотру в пользовании больных». Эти изменения, а также другие мероприятия П. З. Кондоиди позволили улучшить преподавание в госпитальной школе.

В 1786 г. госпитальные школы преобразуются в медико-хирургические училища, а в 1798 г. — в медико-хирургические академии (МХА). Медико-хирургическое училище при Московском военном госпитале существовало до 1798 г., когда все медико-хирургические училища были упразднены, а взамен их образованы МХА. В истории Московской МХА можно выделить несколько этапов: первый — 1798—1804 г. (со дня открытия до первого закрытия); второй — 1805—1837 г. (от создания Московского отделения Санкт-Петербургской МХА до возведения в степень отдельной — Императорской Московской медико-хирургической академии); третий — 1837—1845 г. (период работы самостоятельной академии до ее окончательного закрытия и присоединения к медицинскому факультету Московского университета). К началу 40-х годов XIX в. в России существовало три МХА (в Москве, Петербурге, Вильно), и именно их выпускники составляли основную часть подготовленных врачей для государственной службы [13]. За время своего существования, если судить только по сохранившимся в архи-

вах спискам, Московская госпитальная школа (медико-хирургическое училище) выпустила около 800 врачей и дала стране таких выдающихся деятелей отечественной медицины, как И. И. Виен, А. Ф. Масловский, Н. Г. Ножевщиков, П. С. Симонтовский, Я. В. Стефанович-Донцов, И. Л. Данилевский, С. С. Андреевский, Е. Т. Белопольский, И. В. Протасов и др.

В XVIII в. в России начала закладываться и университетская система медицинского образования. В 1758 г. началось преподавание на медицинском факультете Московского университета [14], основанного в 1755 г. по указу Елизаветы Петровны (12/25 января).

Таким образом, первые учебные медицинские заведения России — госпитальные школы — возникли в России в начале XVIII в. В историко-медицинской литературе до настоящего времени нет однозначной оценки деятельности данных учебных заведений. Противоречивы суждения об их роли в истории российского высшего медицинского образования. Но можно согласиться с утверждением, что они являлись основным источником подготовки врачебных кадров и играли большую роль в медицинском обеспечении России XVIII в. Так, 6 госпитальных школ (две Петербургские, Московская, Кронштадтская, Колывано-Воскресенская и Елизаветградская) выпустили в XVIII в. около 2000 врачей [9]. Считать же госпитальные школы высшими медицинскими учебными заведениями можно только к концу XVIII в. после их преобразования в МХА. Последние составляли систему подготовки медицинских кадров со своим уставом, целевыми установками, организацией учебного процесса.

Создание госпиталя и первой госпитальной школы является органической частью реформы первой четверти XVIII в., проводимой в России в области государственного управления, экономики и культуры.

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

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Знаменательные и юбилейные даты истории медицины. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. Выпуск тематический*. 2012;(5):18—20.
2. Поддубный М. В. Московский госпиталь в XVIII — начале XIX века. В кн.: *Военная медицина и Московский госпиталь в XVIII — начале XIX столетия*. М.: Эко-Пресс; 2010.
3. Абашин В. Г. Доктор Николай Бидлоо — первый руководитель Московского госпиталя и Госпитальной школы. В кн.: *Военная медицина и Московский госпиталь в XVIII — начале XIX столетия*. М.: Эко-Пресс; 2010.
4. *Морской врач*. 1916;(5):255—6.
5. Алелеков А. Н. История Московского военного госпиталя в связи с историей медицины в России к 200-летию его юбилею. 1707—1907 гг. М.; 1907;(35):74—159.
6. Чистович Я. А. История первых медицинских школ России. СПб.; 1883;(18):53—60.
7. Оборин Н. А. Н. Л. Бидлоо и его «Наставление для изучающих хирургию». В кн.: *Бидлоо Н. Л. Наставление для изучающих хирургию*. М.; 1979.
8. Бородулин В. И. Из истории клинического преподавания. *Клиническая медицина*. 1984;(2):31—4ю
9. Палкин Б. Н. Русские госпитальные школы XVIII века. М.; 1959; 3:25.

История медицины

10. Мирский М. Б. Медицина России XVI — XIX веков. М.: РОССПЭН; 1996: 63—96.
11. Шульгин В. С. Религия и церковь. В кн.: Очерки русской культуры XVIII века. М.; 1987.
12. Баткис Г. А. Москва — колыбель русской медицины. *Клиническая медицина*. 1947;(12):100—7.
13. История Императорской военно-медицинской (бывшей медико-хирургической) академии за сто лет. 1798—1898. Ивановский (ред.). СПб.; 1898.
14. Сточик А. М., Затравкин С. Н. Медицинский факультет Московского университета в XVIII веке. М.; 2000.

Поступила 26.10.2016  
Принята в печать 14.03.2017

REFERENCES

1. Significant dates and anniversaries of history of medicine. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya. Release thematic*. 2012;(5):18—20 (in Russian).
2. Poddubnyy M. V. The Moscow hospital in XVIII — the beginning of the XIX century. In: Military medicine and the Moscow hospital in XVIII — the beginning of the XIX century [*Voennaya medicina i Moskovskij gosptal' v XVIII — nachale XIX stoletiya*]. Moscow: Eko-Press; 2010 (in Russian).
3. Abashin V. G. Doctor Nikolay Bidloo — the first head of the Moscow hospital and Hospital school. In: Military medicine and the Moscow hospital in XVIII — the beginning of the XIX century [*Voennaya meditsina i Moskovskii gosptal' v XVIII — nachale XIX stoletiya*]. Moscow: Eko-Press; 2010 (in Russian).
4. *Morskoy vrach*. 1916;(5):255—6 (in Russian).
5. Alelekov A. N. History of the Moscow military of hospital in connection with medicine history in Russia to its 200-year anniversary. 1707—1907 [*Istoriya Moskovskogo voennogo gosptalya v svyazi s istoriej mediciny v Rossii k 200-letnemu ego yubileyu. 1707—1907 gg*]. Moscow; 1907;35;74—159 (in Russian).
6. Chistovich Ya. A. History of the first medical schools of Russia [*Istoriya pervykh medicinskih shkol Rossii*]. St. Petersburg; 1883;18;53—60 (in Russian).
7. Oborin N. A. N. L. Bidloo and it «Manual for studying surgery». In: Bidloo N. L. Manual for studying surgery [*Nastavlenie dlya izuchayushchih hirurgiyu*]. Moscow; 1979 (in Russian).
8. Borodulin V. I. From history of clinical teaching. *Klinicheskaya meditsina*. 1984;(2):31—4 (in Russian).
9. Palkin B. N. Russian hospital schools of the XVIII century [*Russkie gosptal'nye shkoly XVIII veka*]. Moscow; 1959;3;5—25 (in Russian).
10. Mirskiy M. B. Medicine of Russia of the XVI—XIX centuries [*Medicina Rossii XVI — XIX vekov*]. Moscow: ROSSPEN; 1996;63—96 (in Russian).
11. Shul'gin V. S. Religion and church. In: Sketches of the Russian culture of the XVIII century [*Ocherki russkoj kul'tury XVIII veka*]. Moscow; 1987 (in Russian).
12. Batkis G. A. Moscow — a cradle of the Russian medicine. *Klinicheskaya meditsina*. 1947;(1)2:100—7 (in Russian).
13. Ivanovskii (ed.). History Imperial military-medical (former medico-surgical) academies in hundred years. 1798—1898 [*Istoriya Imperatorskoj voenno-meditsinskoj (byvshej mediko-hirurgicheskoy) akademii za sto let. 1798—1898*]. Sankt-Petersburg; 1898 (in Russian).
14. Stochik A. M., Zatravkin S. N. Medical faculty of the Moscow university in the XVIII century [*Medicinskij fakul'tet Moskovskogo universiteta v XVIII veke*]. Moscow; 2000 (in Russian).

© Бородулин В. И., Васильев К. К., 2018  
УДК614:92 Ивановский

**Бородулин В. И.<sup>1</sup>, Васильев К. К.<sup>2</sup>**

### КЛАССИК ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ Ф. Г. ЯНОВСКИЙ

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

<sup>2</sup>Одесский национальный медицинский университет Минздрава Украины, 65082, г. Одесса, Украина

*Терапевтическая элита сложилась в России в первые десятилетия XX в. Одним из ее лидеров был профессор киевского Университета Святого Владимира Феофил Гаврилович Яновский. Классик отечественной клинической медицины, он славился мастерством диагностики. Считается, в частности, что он первым из врачей России поставил прижизненный диагноз инфаркта легкого (1902). Ф. Г. Яновский был терапевтом широкого профиля, о чем говорят его научные исследования, посвященные проблемам бактериологии и острым инфекциям, вопросам диагностики, лечения и профилактики туберкулеза, функциональной диагностики и лечения болезней почек, патологии органов пищеварения и системы крови, совершенствования методов непосредственного исследования больного и лечебно-профилактического применения курортных факторов. Вместе с В. П. Образцовым он стоял во главе третьего (после Военно-медицинской академии в Петербурге и Московского университета) научного центра отечественной терапии, возникшего в Университете Св. Владимира. Первым из советских клиницистов он был избран академиком Всеукраинской АН. Он создал крупную и яркую клиническую школу: среди его учеников — академики В. Н. Иванов (Киев), В. Х. Василенко и Б. Е. Вотчал (Москва). Исключительная популярность Ф. Г. Яновского была обусловлена особо притягательным нравственным обликом этого врача. Он был судьей чести Общества киевских врачей и был готов в любое время суток безотказно и безвозмездно лечить всех в том нуждающихся. Когда он умер, его провожали десятки тысяч киевлян, все было усыпано белыми лилиями, шло отпевание по православному и католическому, протестантскому и иудейскому обрядам. Такие похороны для России не были первыми, но они были последними: больше врачей так не хоронили.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** Ф. Г. Яновский; Университет Святого Владимира (Киев); традиция милосердия в медицине; клиника внутренних болезней в России.

**Для цитирования:** Бородулин В. И., Васильев К. К. Классик отечественной медицины Ф. Г. Яновский. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):496—501. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-496-501>

**Для корреспонденции:** Бородулин Владимир Иосифович, д-р. мед. наук, профессор, Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко, e-mail: [vbododul@mail.ru](mailto:vbododul@mail.ru)

**Borodulin V. I.<sup>1</sup>, Vasiliev K. K.<sup>2</sup>**

### F. G. YANOVSKY, THE CLASSIC OF NATIONAL MEDICINE

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Odessa National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, 650082, Odessa, Ukraine

*In Russia, the elite of therapy took shape in the first decades of XX century. Feofil Gavrilovich Yanovsky, professor of the St. Vladimir Kiev University was one of elite leaders. F. G. Yanovsky, being a classic of national clinical medicine, was renowned for mastery of diagnostics. In particular, it is considered that he was one of first among physicians in Russia who set up an antemortem diagnosis of lung infarction (1902). F. G. Yanovsky was a broad-scoped therapist that is confirmed by his research studies in bacteriology and acute infections, diagnostic, treatment and prevention of tuberculosis, functional diagnosis and treatment of kidney diseases, pathology of digestive organs and blood circulation system, development of techniques of immediate examination of patient and curative preventive application of resort factors. Together with V. P. Obraztsov he was at the head of the third, after the St. Petersburg Military Medical Academy and the Moscow University, Scientific Center of National therapy organized in the St. Vladimir Kiev University. F. G. Yanovsky was the first Soviet clinicians elected as academician of the All-Ukrainian Academy of Science. He established prominent and brilliant clinical school, including such his followers as academicians V. N. Ivanov (Kiev), V. Kh. Vasilenko and B. E. Votchal (Moscow). The exceptional popularity of F. G. Yanovsky was conditioned by especially attractive moral cast of mind of this physician. He was Judge of Honor of the Kiev Society of Physicians and he was ready in any time of day and night without a hitch and gratis to treat all needed persons. When F. G. Yanovsky passed away, tenth of thousands of Kiev citizen pay their last tribute to him. All was covered by white lilies and burial service was implemented according Orthodox, Catholic, Protestant and Judaic ceremonies. In Russia, such funeral was not the first one but it became the last one: no more physicians were buried in such a way.*

**К е y o r d s :** F. G. Yanovsky; the St. Vladimir Kiev University; tradition of mercy in medicine; clinic of internal diseases in Russia.

**For citation:** Borodulin V. I., Vasiliev K. K. F. G. Yanovsky, the classic of national medicine. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(6):496—501 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-496-501>

**For correspondence:** Borodulin V. I., doctor of medical sciences, professor of the Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health». e-mail: [vbododul@mail.ru](mailto:vbododul@mail.ru)

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

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

Received 05.04.2018  
Accepted 26.04.2018

В XX в. группа лидеров терапевтической элиты России включала двух профессоров киевского Университета Св. Владимира: Василия Парменовича Об-

разцова (1851—1920) и Феофила Гавриловича Яновского (1860—1928). Наряду с В. Н. Сиротининым, М. В. Яновским, Н. Я. Чистовичем (Военно-меди-



История медицины

цинская академия — ВМА, Петербург) и В. Д. Шервинским (Московский университет) они направляли работу российских и первых советских съездов терапевтов, формировали научное клиническое мышление многих поколений отечественных врачей и решающим образом влияли на становление советской клиники внутренних болезней. Оба киевских профессора были «врачи Божьей милостью», талантливые педагоги и оригинальные исследователи, неутомимые организаторы общественной жизни, оба создали крупные и яркие клинические школы. Вместе с тем явно заметны были и различия. Последовательный естествоиспытатель В. П. Образцов видел задачу медицины близко к задаче часовщика — снять с часов крышку, выявить поломку и заменить испорченную деталь [1]. Ф. Г. Яновский, столь же широко мыслящий и строгий в отборе научных фактов ученый-естественник, основную задачу лечебной медицины видел именно в помощи больному: если нет пригодных в данном случае хирургических вмешательств или лекарственных средств, то хотя бы словесным участием, утешением, психотерапевтическим воздействием, а при необходимости и материальной поддержкой. Весь Киев знал о его безотказной, в любое время суток, а для бедняков и безвозмездной помощи и наградил его прозвищем «святой доктор» [2].

Сведения о дате его рождения в терапевтических и историко-медицинских литературных источниках расходятся. Вместе с тем «формулярные списки», заполненные при службе Ф. Г. Яновского в Университете Св. Владимира (Киев) и Новороссийском университете (Одесса), позволяют снять эти расхождения: он родился 2 (14) июня 1860 г.<sup>1</sup> в местечке Минковцы Подольской губернии в православной дворянской семье Гавриила Ивановича Яновского, хорошо образованного, но небогатого чиновника управления государственных имуществ. В 1878 г. первым учеником, с золотой медалью он окончил киевскую гимназию, а в 1883 г. — Университет Св. Владимира с «наивысшей похвалой». В апреле 1884 г. он был принят сверхштатным ординатором в госпитальную терапевтическую клинику проф. К. Г. Тритшеля<sup>2</sup> и считал его своим клиническим учителем. В декабре 1884 г. его утвердили на должность штатного ординатора; в 1888 г., по окончании трехлетней ординатуры, назначили руководителем лаборатории и помощником прозектора кафедры физиологии. Здесь, в лаборатории, и была подготовлена его докторская диссертация «К биологии тифозных бацилл», защищенная им в 1890 г.<sup>3</sup> В 1891 г. Ф. Г. Яновский получил место прозектора и заведующего бактериологической лабораторией киевской Алексан-

дровской больницы, которая была основной городской клинической базой. С того же года он читал в университете приват-доцентский курс по инфекционным болезням, а затем по клинической микроскопии и бактериологии и по внутренним болезням. В 1894 г. его утвердили заведующим женским терапевтическим и инфекционным отделениями этой больницы.

В 1904 г. начинается его профессорская карьера: он занял кафедру госпитальной клиники в Новороссийском университете в Одессе, «Высочайшим приказом» от 17 августа 1904 г. назначенный ее экстраординарным профессором. Одесский период жизни и деятельности Ф. Г. Яновского продолжался неполный учебный год, так как в декабре того же года Совет Университета Св. Владимира наконец-то выбрал его (при шести претендентах) на освободившуюся кафедру: конечно, он мечтал вернуться в Киев и обрадовался, когда 21 января 1905 г. последовал Высочайший приказ о перемещении его в Университет Св. Владимира на кафедру врачебной диагностики с пропедевтической клиникой в том же звании экстраординарного профессора. Ординарным профессором он был утвержден 19 июля 1910 г. В конце 1913 г. в университете освободилась кафедра госпитальной терапии, куда 30 лет назад Ф. Г. Яновский пришел сверхштатным ординатором; 21 апреля 1914 г. он перешел на эту кафедру.

Надежной опорой в жизни и главной его помощницей в филантропических начинаниях: создании приюта для бездомных больных, выписывающихся из больницы, заботах по трудоустройству безработных медиков и учителей, непреходящем участии во всех фондах и комитетах, товариществах и обществах борьбы с чахоткой и бугорчаткой, помощи голодающим, нуждающимся детям, всем, кто пострадал во время эпидемий, была для Феофила Гавриловича жена Анна Викторовна Григорович-Барская, представительница старинного и знаменитого малороссийского рода. В семье было трое детей — дочь Ася и сыновья Виктор и Михаил<sup>4</sup>. В 1900-е годы Яновские жили в особняке (д. 13) по улице Ярославов Вал. Рассказы об исключительном бескорыстии доктора Яновского, о постоянной его помощи беднякам, в том числе материальной (совсем не малыми деньгами на лекарства, питание, сиделку для лежачего больного), не вызывают никаких сомнений. Твердой таксы за визит у доктора Яновского не было — сколько мог (или считал нужным) заплатить больной, столько он и платил. А приглашали его к тяжело больным по самым разным адресам: в Ялту и Одессу, в Витебск и Варшаву. Домашний прием у доктора Яновского, как всем в Киеве было хорошо известно, проходил бесплатно для медиков и священнослужи-

<sup>1</sup> Государственный архив (ГА) г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д. 4834. Л. 29—38; Государственный архив (ГА) Одесской области. Ф. 45. Оп. 4. Д. 1778. Л. 1—52.

<sup>2</sup> Об определении лекаря Ф. Яновского сверхштатным ординатором терапевтической госпитальной клиники. ГА г. Киева. Ф. 16. Оп. 420. Д. 43. Л. 1—2.

<sup>3</sup> Об утверждении врача Ф. Яновского в звании доктора медицины. ГА г. Киева. Ф. 16. Оп. 465. Д. 6329. Л. 1—56.

<sup>4</sup> Судьба детей Яновских была трагичной. Виктор (1891—1942), профессор-юрист, стал жертвой сталинских репрессий. Ася (1894—1925) страдала туберкулезом легких, эмигрировала вместе с мужем и умерла во Франции в тридцатилетнем возрасте. Михаил (1899—1970), историк-архивист и библиограф, эмигрировал и скончался в Аргентине.

телей (независимо от чина и вероисповедания), а часто еще и для учеников и учителей.

В Императорской России за время длительной и успешной службы профессор Ф. Г. Яновский последовательно награждался орденами: Св. Анны III степени (1903), Св. Станислава II степени (1907), Св. Анны II степени (1911), Св. Владимира IV степени (1914). В 1916 г. он получил звание заслуженного профессора, в 1917 г. выслужил генеральский чин действительного статского советника. Он не принадлежал ни к какой партии и не только не афишировал, но никогда публично не раскрывал своих политических взглядов. Современники предполагали, что эти либеральные взгляды были близки кадетам — «партии профессоров», как тогда говорили. Таково, в частности, мнение профессора-историка П. П. Смирнова. В показаниях П. П. Смирнова<sup>5</sup> от 3 июня 1931 г. можно также прочитать: «Яновский Теофил<sup>6</sup> Гаврилович... всегда был подкупающе ласков и обходителен. Приходилось бывать у него на приемах на дому (болезнь печени). Когда меня арестовали (в 1923 г. — *Авт.*), то он, оказываясь, несколько раз помогал моей семье, а иногда присылал мне деньги через дворника под предлогом уплаты мне несуществующего долга...» [3].

В 1918 г. большевикам удалось реализовать выдвинутый В. И. Лениным лозунг: перевести империалистическую мировую войну в гражданскую войну в России со всей неразберихой и всеми ужасами такой войны. В Киеве многократно менялась власть. Так, 14 декабря 1918 г. в город вступили петлюровские войска. Профессор государственного права Университета Св. Владимира Е. В. Спекторский в юбилейной книге «Столетие Киевского университета Св. Владимира» [4] писал об арестах профессоров, был арестован и проф. Яновский. Видный украинский националист С. А. Ефремов на следующий день после смерти Ф. Г. Яновского записал в дневнике: «Лично мне он сделал когда-то большую услугу, когда взял меня из тюрьмы к себе в клинику, и я там пробыл аж два месяца — с февраля до 24 апреля 1906 г. — пока... Государственная Дума не выпустила меня на волю. Сделал это В. В. Виноградов, но без Яновского он не смог бы держать меня так долго в клинике. Затем я отблагодарил его: когда его и его брата в конце 1918 г. арестовал Е. М. Коновалец, то я лично поговорил с Симоном Васильевичем Петлюрой и их сразу выпустили» [5].

В последний день лета 1919 г. войска белой Добровольческой армии взяли Киев, но они продержались в городе только осенние месяцы. При приближении Красной Армии киевская интеллигенция устремилась в Крым. Среди бежавших была семья

Яновского. В Крыму собралось так много российских профессоров, что появилась возможность открыть в Симферополе Таврический университет, где Ф. Г. Яновский возглавлял сразу несколько кафедр (1919—1921). С падением Крыма под ударами Красной Армии дочь Яновского с мужем покинули Россию и оказались, как и многие российские политические эмигранты, в Париже. Перед остальными членами семьи Яновского стояла сложная дилемма: остаться на родине, где невозможно прогнозировать, что будет завтра, или пойти по непривлекательному пути эмиграции. Яновские остались на родине. В 1921 г. они возвращаются в Киев, где в связи со смертью проф. В. П. Образцова освободилась кафедра факультетской терапевтической клиники, которую занял и до конца жизни возглавлял Ф. Г. Яновский.

С середины 1910-х годов к исключительной врачебной славе профессора Ф. Г. Яновского (после ухода в 1918 г. от активной жизни В. П. Образцова здесь у него не было конкурентов) добавилось научное реноме самой высокой пробы. Его избирали председателем Пятого съезда российских терапевтов (1913 г., Петербург) и Общества киевских врачей (1921 г., после смерти В. П. Образцова; задолго до этого он был избран председателем суда чести этого общества). На Первом Всеукраинском съезде терапевтов (1926) его выбирают пожизненным почетным председателем всех будущих съездов терапевтов Украины. Оргкомитет Восьмого Всесоюзного съезда терапевтов, состоявшегося в Москве в 1925 г., просил его быть сопредседателем съезда (вместе с В. Д. Шервинским)<sup>7</sup>; эти планы были сорваны смертью дочери и тяжелой болезнью жены. На закате жизни, в 1927 г., он первым из клиницистов страны был удостоен избрания во Всеукраинскую академию наук.

Встретив Октябрьскую революцию, Гражданскую войну, советскую власть с неприятием и ужасом, профессор Яновский со временем заставил себя примириться с действительностью и как-то приспособился к совсем другим правилам существования. Он активно включился в строительство новой жизни, ему были близки броские лозунги советского здравоохранения: борьба за оздоровление трудящихся, профилактическое направление медицины, система охраны материнства и детства, развитие санаторно-курортного дела. В 1925 г. он даже дает согласие на избрание его в члены Киевского городского совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов, становится активным советским общественным деятелем, оставаясь при этом исключительно скромным человеком и истово верующим христианином. Изменились внешние атрибуты его врачебной практики: если в молодые годы он ходил на визиты пешком, то теперь во всех бедняцких кварталах знали его конную пролетку.

<sup>5</sup> Профессор Киевского и Среднеазиатского (Ташкент) университетов П. П. Смирнов (1882—1947) в 1931 г. был повторно арестован. Сохранились протоколы его допросов со следующим показанием от 3 августа 1931 г.: «В политическом отношении Т. Г. Яновский, вероятно, был кадетом, хотя мне не приходилось наблюдать каких-либо его политических выступлений ни в печати, ни в публичных собраниях» [3].

<sup>6</sup> Теофил — украинский вариант имени Феофил.

<sup>7</sup> Письмо Г. Ф. Ланга В. Д. Шервинскому. Архив В. Д. Шервинского (хранится в отделе истории Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко, Москва). Ф. 28. Оп. 8. Д. 3. Л. 277.

Любопытную характеристику Ф. Г. Яновского содер­жит статья заведующего кафедрой социальной гигиены Киевского медицинского института про­фессора С. С. Кагана. Автор, правоверный советский марксист, полагает, что Яновский, социально свя­занный с религиозными кругами, сам воспитанный в духе христианства, демонстрирует нам попытку со­вместить чрезвычайную ученость великана-натура­листа и безбрежную его преданность религии: «Фак­тически мы имели, — пишет он, — не одного, а двух Яновских, и второй — это религиозный фанатик, с мистическим уклоном» [6]. Ученики и друзья Янов­ского в своих публикациях в советское время по по­нятным причинам обходили молчанием эту тему. Тем интереснее нам статья ученика Яновского, про­фессора И. В. Базилевича, эмигрировавшего в годы Великой Отечественной войны. Он, в частности, подтверждает то, что изустно передавалось в киев­ской врачебной среде: профессор Яновский начинал свой день очень рано с молитвы в храме Божьем [7].

Область лечебных и научных интересов Ф. Г. Яновского охватывала не только клинику вну­тренних болезней в самом широком смысле (из нее тогда еще не выделились инфекционные болезни, фтизиатрия и т. д.), но и ряд смежных разделов кли­нической, теоретической и профилактической меди­цины. Факты его биографии, должности, которые он занимал, его научные труды свидетельствуют, что Ф. Г. Яновского с полным правом можно называть терапевтом и фтизиатром, инфекционистом-бакте­риологом и нефрологом, патологом и курортологом. Международный авторитет Яновского-ученого под­черкнут тем фактом, что в 1914 г. Нобелевский коми­тет в Стокгольме обращался к нему с просьбой дать отзыв о кандидатах на Нобелевскую премию по ме­дицине и физиологии [8].

Разработка вопросов борьбы с туберкулезом, диа­гностики и лечения болезней почек относилась к центральным проблемам клиники внутренних бо­лезней первой четверти XX в. Несомненно, фтизиа­трия и нефрология, наряду с бактериологией, остры­ми инфекциями и разработкой методов непосред­ственного исследования больного, были любимыми направлениями научного творчества Яновского-ис­следователя. На протяжении всей его жизни тубер­кулез легких (чахотка, бугорчатка) был для него не только остро актуальной врачебной и научной, но и личной неразрешимой проблемой и трагедией: его младший брат и дочь тяжело болели туберкулезом, исход был летальным, его первый внук еще младен­цем умер от туберкулезного менингита в годы вой­ны. Вопросы диагностики туберкулеза легких и его дифференциальной диагностики с другими форма­ми легочной патологии, лечения туберкулеза на вы­сокогорных, морских и местных курортах, кумысо­терапии и других методов противотуберкулезного лечения (лекарственная терапия еще не располагала стрептомицином и иными современными эффек­тивными противотуберкулезными средствами) и, конечно, организации борьбы с туберкулезом непре­менно были в центре его интересов. Он подчеркивал

особое значение профилактических мер, настойчиво добивался осуществления санитарного надзора за дезинфекцией помещений при выявлении и госпи­тализации больного туберкулезом, собирания мо­кроты в специальные плевательницы, настаивал на активной пропаганде методов индивидуальной и об­щественной профилактики этого заболевания. Его научно-популярная брошюра «О чахотке» вышла еще в 1891 г. [9].

Созданное Ф. Г. Яновским первое отечественное руководство по туберкулезу легких стало классиче­ским. Он был одним из инициаторов создания Киев­ского института туберкулеза в ноябре 1922 г. и пред­седателем его ученого совета. После смерти ученого институту было присвоено его имя (ныне Нацио­нальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского). На базе этого института он читал циклы лекций по туберкулезу и борьбе с ним в Киев­ском клиническом институте (ныне Национальная медицинская академия последипломного образова­ния им. П. Л. Шупика). Наряду с председателем правления Всероссийской лиги борьбы с туберкуле­зом и основателем московской школы фтизиатров В. А. Воробьевым, основателем первого в стране Мо­сковского института туберкулеза А. И. Лапшиным, автором первой монографии о лечебном методе ис­кусственного пневмоторакса А. Н. Рубелем и основа­телем ленинградской школы фтизиатров А. Я. Штерн­бергом Ф. Г. Яновского следует отнести к основопо­ложникам фтизиатрии в СССР.

Вопросы патогенеза, диагностики и терапии по­чечных заболеваний были постоянным предметом исследований в клинике Ф. Г. Яновского с 1907 г. до конца его жизни. Большинство из этих работ было задумано им самим и велось под его непосредствен­ным руководством. Он живо интересовался каждой деталью вопроса и каждый из добытых фактов стре­мился использовать для целей диагностики, прогно­за или терапии [10]. Семиотику нефрита он обогатил описанием апатии как раннего признака уремии. Подмеченный им еще в 1898 г. этот симптом он про­верил на себе, когда после черепно-мозговой травмы в 1906 г. перенес тяжелый нефрит. Патогенез этого явления он справедливо объяснил вероятным сдавлением сосудов мозга отечной жидкостью. Он также указал на диагностическое значение уриноз­ного запаха выдыхаемого больным воздуха при азо­темической уремии и высказал предположение, что большое дыхание Куссмауля при уремической и ди­абетической коме обусловлено кислотной интокси­кацией организма (ацидозом). Опираясь на исследо­вания А. Ф. Каковского и других сотрудников кли­ники, Ф. Г. Яновский поставил вопрос о необходи­мости рационального расширения диеты больного нефритом. Особое внимание он уделял внедрению в клиническую практику методов функциональной диагностики патологии почек. Последним в его творчестве был программный доклад на X Всесоюз­ном съезде терапевтов в Ленинграде (1928) на тему «Lues почек», где он подчеркнул большое диагности­ческое значение резких суточных колебаний содер­

жания белка в моче при сифилитическом поражении почек.

С именем Ф. Г. Яновского связаны прижизненный и верифицированный на секции диагноз (вероятно, первый — 1902 г.) геморрагического инфаркта легких с выделением бронхиальных слепков при застое крови в малом круге кровообращения, без сопутствующих пневмонии или плеврита [11], приоритетные описания запаха «прелого сена» от больных туберкулезом, конъюнктивального симптома («красное лицо пьяницы и налитые кровью глаза») при сыпном тифе, феномена ослабления боли в грудной клетке при ее иммобилизации (сдавление руками) — симптома поражения плевры, нормальных размеров пространства Траубе и его уменьшения как дифференциально-диагностических признаков при левостороннем экссудативном плеврите и крупозной пневмонии, одного из признаков перихолецистита. Общеизвестное тончайшее диагностическое мастерство Ф. Г. Яновского опиралось на его богатые природные данные — редкую наблюдательность, безупречную работу органов чувств, мощную интуицию, удивительную память, сохранявшуюся до конца жизни, но в равной мере и на энциклопедически широкое знание медицины и высокую дисциплину логического мышления.

Отношение человека к заслуженной славе бросает свет на его личные особенности. В этом смысле ценный материал дает нам празднование юбилея выдающейся личности. Продуманным и высоким смыслом наполнено поразительное начало выступления Яновского на многолюдном юбилейном торжестве по случаю 40-летия со дня окончания им университета: «Сорок лет работы — сорок лет ошибок...». До конца своих дней он был наполнен неотступным чувством долга, недовольством собой, своим здоровьем и, конечно, самим течением жизни в 20-е годы XX в., но никогда не брюзжал, ни на что не жаловался, никого не поучал, был неизменно доброжелателен и старался помочь каждому, кто в том нуждался. Глубоко верующий христианин, он во времена великих социальных потрясений в России безотказно, неукоснительно нес свой крест.

Он умер, как и жил: просто и мужественно, без всякой суеты и с полным присутствием духа. Ему исполнилось 68 лет. Он уже чувствовал себя стариком и считал, что жить ему осталось несколько месяцев, но сдаваться, конечно, не собирался. Лишь иногда он приоткрывал свой внутренний мир: «Не знаю, но что-то неладно все, жизнь становится мне не под силу, всюду несчастье и горе, не на чем отдохнуть глазу, нет чувства радости жизни» [2]. 28 июня 1928 г., ближе к ночи, он принял вызов к больному. Шел дождь, он вернулся домой промокшим, не мог согреться, ночь была бессонной. На 29 июня была назначена защита диссертации его ученика И. В. Базилевича, до нее с 9 ч утра он вел прием больных, ощутил головокружение, но прилечь отказался, сказав последнему пациенту: «Чему быть, того не миновать». На защите во время диспута он почувствовал себя плохо, но не позволил прервать заседание и досидел до его конца,

опираясь на соседа. Когда объявили результаты (диссертацию утвердили), он попросил перенести его в соседнюю комнату, так как примерно в 14 ч 30 мин у него развился инсульт, была парализована правая половина тела. Машина скорой помощи перевезла его домой. Сознание и речь он не терял. На пятый день болезни появились признаки пневмонии. Около 24 ч 8 июля 1928 г. Феофил Гаврилович скончался от артериальной гипертензии, инсульта и пневмонии [12], потеряв сознание всего за несколько часов до смерти. 10 июля любимого врача хоронил весь Киев. «Не стало выдающегося человека, нравственный облик которого является общественной совестью», — этими словами ученика Яновского В. Н. Иванова было выражено общественное мнение.

По воспоминаниям И. В. Базилевича, отпевание усопшего состоялось в Св. Софии, под грустный колокольный звон над Софийской площадью и прилегающими к ней улицами. Похоронная процессия двигалась по Владимирской улице и бульвару Шевченко мимо Академии наук и старого корпуса университета и факультетской терапевтической клиники, затем мимо Туберкулезного института до Лукьяновского кладбища; гроб все время несли на руках. Остановки процессии были частыми — с речами выступали представители медицинской науки и практики. По воспоминаниям А. П. Полищука, за гробом шли представители разных конфессий, в том числе православный священник и раввин. Одновременно молились за упокой души усопшего в православных церквях, католических костелах, протестантских кирхах и еврейских синагогах. Власти не решились на вмешательство в это стихийное проявление народной любви, однако в ближайшее после похорон время органы безопасности приступили к допросам всех, кого считали инициаторами такой «классово-враждебной религиозной демонстрации». Уже цитированный нами С. А. Ефремов 10 июля записал в дневнике: «Давно Киев не видел такого скопления народа <...> Десятки тысяч шли за гробом, другие десятки [тысяч] стояли с обеих сторон улиц». Его же запись на следующий после похорон день: «В газетах — ни слова о вчерашних похоронах. Наверное, потому, что похоронен был церковный человек. Дураки!». Известный историк и правовед Н. П. Василенко писал В. И. Вернадскому, хорошо знавшему Ф. Г. Яновского: «...похоронили Ф. Г. Яновского <...> Бесспорно, это был самый популярный человек в Киеве. Хоронили его по православному обряду и очень торжественно <...> Да, смерть Ф. Г. в полном смысле этого слова незаменимая потеря для Киева. Уходят старые деятели науки и бывшего Киевского университета, который разрушен вконец и персонально, и в отношении учреждений» [13]. Н. Д. Стражеско отметил: «Необходимо быть ближе к больному. Эти слова лучшим образом характеризуют Ф. Г. Яновского как врача-гуманиста, а суть их определяет направление его клиники и его школы» [14]. Такое прощание с любимым доктором-подвижником было последним в истории медицины России.

История медицины

Его жизнь, смерть, похороны стали достойным завершением отечественной традиции врачебного подвижничества, возникновение которой принято связывать с именем московского «святого доктора» Ф. П. Газа. Ф. Г. Яновский похоронен на Лукьяновском кладбище. На его могиле — скромный мраморный памятник с вырезанными лилиями, его любимыми цветами.

Светлый человек, талантливейший врач, самолюбивый исследователь, Ф. Г. Яновский был и замечательным учителем врачебной молодежи. Школа Яновского, по подсчету В. Н. Иванова, дала отечественной медицине 17 профессоров [15]. Среди его учеников, всю жизнь сохранявших благодарность и преданность учителю, — академики В. Х. Василенко, Б. Е. Вотчал и В. Н. Иванов, профессора И. В. Базилевич, В. В. Виноградов, А. М. Зюков, А. Ф. Какковский, Ф. Я. Примак, А. Е. Ставраки, Б. С. Шкляр, В. Н. Яновский. Оригинальная клиническая школа Ф. Г. Яновского, наряду с научной школой В. П. Образцова, была и осталась украшением Киевского университета.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Бородулин В. И., Васильев К. К., Поддубный М. В., Тополянский А. В. Классик отечественной медицины В. П. Образцов (1851—1920): мифы и быль. М.; 2018: 44.
2. Аронов Г. Е. Феофил Гаврилович Яновский. Киев; 1988; 3, 131.
3. Протоколы допросов П. П. Смирнова. В кн.: *Alma Mater: Університет Св. Володимира напередодні та в добу Української революції. 1917—1920. Матеріали, документи, спогади.* Київ: 2000; Кн. 1: 218, 220.
4. Спекторский Е. В. Столетие Киевского университета Св. Владимира. Белград; 1935.
5. Ефремов С. О. Щоденники, 1923—1929. Київ; 1997; 660—1; 220.
6. Каган С. С. Академик Т. Г. Яновський, як громадський діяч. *Українські медичні вісті.* 1928;(7—8):720—7.
7. Базилевич І. В. Теофіл Яновський (1860 — 1928). *Лікарський вісник.* 1955;2(4):23—8.
8. Ставраки В. Светлой памяти дорогого учителя академика Ф. Г. Яновского. *Одесский медицинский журнал.* 1929;IV(1):1—4.
9. Яновский Ф. Г. О чахотке. Общепонятное чтение для народа. Киев; 1891.
10. Зюков А. М. Феофил Гаврилович Яновский как нефролог. *Одесский медицинский журнал.* 1929;(1):5—7.
11. Баренбойм А. М. Академик Феофил Гаврилович Яновский как фтизиатр. Киев; 1956.
12. Иванов В. Н. Последние дни жизни, болезнь и смерть академика Ф. Г. Яновского. *Врачебное дело.* 1928;(15):1141—2.
13. Вернадский В. И. Избранные научные труды. Киев; 2011.
14. Стражеско М. Д. Академик Т. Г. Яновський як науковий діяч та клініцист. *Українські медичні вісті.* 1928;(7—8):713—7.
15. Иванов В. Н. Научная, клиническая и общественная деятельность академика Ф. Г. Яновского. *Врачебное дело.* 1960;(12):3—9.

Поступила 05.04.2018  
Принята в печать 26.04.2018

REFERENCES

1. Borodulin V. I., Vasilyev K. K., Poddubnyy M. V., Topoliansky A. V. Classic of Russian medicine V. P. Obratsov (1851 — 1920): myths and true stories [*Klassik otechestvennoy mediciny V. P. Obratsov (1851—1920): mify i byl'*]. Moscow; 2018 (in Russian).
2. Aronov G. E. Feophil Gavrillovich Yanovsky [Feofil Gavrillovich Janovskij]. Kiev; 1988; 3,131 (in Russian).
3. Interrogation reports of P. P. Smirnov. In: *Alma Mater: St. Volodymyr University on the eve as well as in the era of the Ukrainian Revolution. 1917—1920. Materials, documents, memoirs [Alma Mater: Universytet sv. Volodymyra naperedodni ta v dobu Ukraïns'koi' revoliucii'. 1917—1920. Materialy, dokumenty, spogady]*. Kiev; 2000; Book 1: 218;220 (in Ukrainian).
4. Spektorskiy E. V. The centenary of Kiev St. Vladymyr University [*Stoletie Kievskogo universiteta Sv. Vladimira*]. Belgrade; 1935 (in Russian).
5. Jefremov S. O. Diaries. 1923—1929 [*Shhodennyky, 1923—1929*]. Kiev; 1997; 660—1; 220 (in Ukrainian).
6. Kagan S. S. Academician F. G. Yanovsky as a public activist [*Akademik T. G. Janov's'kyj, jak gromad's'kyj dijach*]. *Ukrains'ki medychyi visti.* 1928;(7—8):720—7 (in Ukrainian).
7. Bazylevych I. V. Feophil Janovsky (1860—1928) [*Teofil Janov's'kyj (1860—1928)*]. *Likars'kyj visnyk.* 1955;2(4):23—8 (in Ukrainian).
8. Stavradi V. Bright memory of the dear teacher Academician F. G. Yanovsky [*Svetloj pamjati dorogogo uchitelja akademika F. G. Janovskogo*]. *Odesskij medicinskij zhurnal.* 1929; IV(1):1—4 (in Russian).
9. Janovskij F. G. About phthisis. Popular reading for people [*O chahotke. Obshheponjatnoe chtenie dlja naroda*]. Kiev; 1891 (in Russian).
10. Zjukov A. M. Feophil Gavrillovich Yanovsky as a nephrologist. *Odesskij medicinskij zhurnal.* 1929;(1):5—7 (in Russian).
11. Barenbojm A. M. Academician Feophil Gavrillovich Yanovsky as a phthisiatrician [*Akademik Feofil Gavrillovich Janovskij kak ftiziatr*]. Kiev; 1956 (in Russian).
12. Ivanov V. N. The last days of life, illness and death of Academician F. G. Yanovsky. *Vrachebnoe delo.* 1928;(15):1141—2 (in Russian).
13. Vernadskij V. I. Selected scientific works [*Izbrannye nauchnye trudy*]. Kiev; 2011 (in Russian).
14. Strazhesko M. D. Academician F. G. Yanovsky as a scientific activist and clinician. *Ukrains'ki medychyi visti.* 1928;(7—8):713—7 (in Ukrainian).
15. Ivanov V. N. Scientific, clinical and public activities of Academician F. G. Yanovsky. *Vrachebnoe delo.* 1960;(12):3—9 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2018  
УДК 61:92 БЕНИВЬЕНИКутя С. А.<sup>1</sup>, Сатаева Т. П.<sup>1</sup>, Николаева Н. Г.<sup>2,3</sup>, Кривенцов М. А.<sup>1</sup>

## АНТОНИО БЕНИВЬЕНИ (1443—1502) — ВРАЧ ЭПОХИ ВОЗРОЖДЕНИЯ

<sup>1</sup>Медицинская академия имени С. И. Георгиевского (структурное подразделение) ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского», 295051, г. Симферополь;<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Казанский государственный университет» Минздрава России, 420012, г. Казань;<sup>3</sup>ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», 420008, г. Казань.

*Антонио ди Паоло Бенивьени (1443—1502) — один из величайших врачей эпохи Возрождения, незаслуженно забытых в настоящее время. В главном научном труде своей жизни «De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis» Бенивьени приводит не только описание патологических изменений (в том числе первое в истории описание карциномы пилорического отдела желудка, мезентериальной окклюзии, фибринозного перикардита), обнаруженных на вскрытии, но и делает попытку проанализировать и сопоставить патолого-анатомические и клинические данные. Сам же трактат является первым в истории патолого-анатомическим трудом.*

*К л ю ч е в ы е с л о в а:* история медицины; Антонио Бенивьени; вскрытие.

**Для цитирования:** Кутя С. А., Сатаева Т. П., Николаева Н. Г., Кривенцов М. А. Антонио Бенивьени (1443—1502) — врач эпохи Возрождения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):502—504. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-502-504>

**Для корреспонденции:** Кутя Сергей Анатольевич, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой медицинской биологии, e-mail: sergei\_kutya@mail.ru

Kutiya S. A.<sup>1</sup>, Sataeva T. P.<sup>1</sup>, Nikolaieva N. G.<sup>2,3</sup>, Kriventsov M. A.<sup>1</sup>

## ANTONIO BENIVIENI (1443—1502), PHYSICIAN OF THE RENAISSANCE

<sup>1</sup>The S. I. Georgievsky Medical Academy (Structural Department) of The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The V. I. Vernadsky Crimea Federal University», 295051, Simferopol, Russia;<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Kazan State Medical University» of the Ministry of Health of Russia, 420012, Kazan, Russia;<sup>3</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Kazan (Privolzhskiy) Federal University, 420008, Kazan, Russia

*Antonio di Paolo Benivieni (1443—1502) is one of the greatest physicians of Renaissance unfairly forgotten at the present time. Benivieni, in his major work of all his life «De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis», presents not only description of pathologic alterations (including the first in history description of carcinoma of pyloric part of stomach, mesenterial occlusion, fibrinogenous pericarditis) discovered at dissection but he tries to analyze and compare pathologic anatomic and clinical data. The treatise itself is the first in history pathologic anatomic work.*

*К е y o r d s:* history of medicine; Antonio Benivieni; dissection.

**For citation:** Kutiya S. A., Sataeva T. P., Nikolaieva N. G., Kriventsov M. A. Antonio Benivieni (1443—1502), physician of the Renaissance. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018;26(6):502—504 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-502-504>

**For correspondence:** Kutiya S. A., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Chair of Medical Biology of the S. I. Georgievsky Medical Academy (Structural Department) of The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The V. I. Vernadsky Crimea Federal University». e-mail: sergei\_kutya@mail.ru

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

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

Received 24.02.2018  
Accepted 26.04.2018

Новые реалии, культурные, политические и социальные изменения, происходившие в эпоху Возрождения, оказали влияние и на медицину: именно в это время она стремилась к обновлению ранее накопленных знаний. С этой точки зрения пионерские исследования в области патологической анатомии проводились итальянским врачом Антонио Бенивьени, значительно опередившим науку своего времени. В 2018 г. исполняется 575 лет со дня его рождения.

А. Бенивьени одним из первых в Европе стал производить вскрытие тел умерших с целью выяснения причины смерти, а также установления параллелей между клиническими проявлениями болезни и данными некропсии. Результаты его наблюдений были изданы после его смерти в виде небольшой книги под названием «De abditis nonnullis ac mirandis

morborum et sanationum causis» («О некоторых скрытых и странных причинах болезней и исцелений»).

Историки медицины высказывают разные мнения о значении работы Бенивьени. Так, американский ученый Ральф Мэйджор характеризует его как «следопыта в медицине, проложившего новый путь, который медики ждали более двух столетий, чтобы следовать ему» [1]. Ему вторит итальянский историк Франческо Пуччинотти: «Некоторые из его наблюдений были такими, что смогли убедить более мудрых и более проникательных историков в том, что он был оригинальным мыслителем и знаменитым гением, превосходившим всех своих современников» [2]. Однако британский специалист Линн Торндайк утверждает, что труд Бенивьени «просто продолжает традицию, давно установленную более сложным консилиумом врачей предыдущих двух столетий»

[3]. Торндайк также оспаривает утверждение о том, что Бенивьени был пионером в проведении аутопсий в попытке обнаружить этиологию болезней его пациентов, симптомы и причину их смерти. Он объясняет, что важность маленькой книги Бенивьени «кажется, была преувеличена прошлыми историками медицины, отчасти потому, что труд был более доступным в печати, легче читаемым и лучше известным, чем более ранние и более сложные рукописные работы».

Антонио ди Паоло Бенивьени (Antonio di Paolo Benivieni) родился во Флоренции 3 ноября 1443 г., на заре итальянского Ренессанса. Отец Антонио, дворянин, нотариус, был членом известной и богатой флорентийской семьи, поэтому имел широкие возможности дать своему сыну блестящее образование. Так, одним из первых учителей Бенивьени был известный флорентийский гуманист Франческо да Кастильоне, обучивший его греческому языку и латыни. Пройдя курс изучения медицины в университетах Пизы и Сиены, Бенивьени вернулся в родной город, где практиковал в госпитале Санта Мария Нуова до самой смерти 2 ноября 1502 г. Ученый был похоронен в базилике Святейшего Благовещения во Флоренции [4—6].

Бенивьени снискал себе репутацию высококвалифицированного врача, способного излечивать самые сложные случаи заболеваний. Вместе со славой возрастала и знатность его пациентов, среди которых были представители известных флорентийских семейств: Барди, Брунеллески, Гвиччардини, Пацци, Строцци и Медичи.

Главный труд Бенивьени «De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis» («О некоторых скрытых и странных причинах болезней и исцелений») был опубликован в 1507 г. его братом Джироламо и врачом-философом Джованни Розати. Изначально эта работа задумана как трактат, состоящий из 300 глав, которые планировалось издать в трех томах. В итоге Бенивьени отобрал 160 глав, из которых в окончательный вариант книги редакторы включили только 111. Каждая отдельная глава представляет собой краткое описание случая заболевания. Ниже приведены некоторые из них [3, 7].

Глава	Латинское название	Русское название (перевод авторов)
II XIII	Vermis vomitu projectus Rusticus per annum nihil bibens ab aqua inter cutem liberat	Червь, вышедший с рвотой <b>Селянин, ничего не пивший в течение года, исцелился от воды под кожей</b>
XVIII	Struma ingentis magitudinis et ponderis	<b>Зоб, огромный по величине и весу</b>
XVI	Ex frigidissimo aquae potu vir interimitur	<b>Мужчина скончался, выпив очень холодной воды</b>
XXII	Ulcus menti sanatum dentis evulsione	Язва подбородка, излеченная удалением зуба
XXVII	Ulceratae nares	Изъязвленные ноздри
XLIII	Pure per urinam deducto sanatus est pleureticus	<b>Страдающий болью в боку был излечен, когда с мочой вышел гной</b>
LXI	Difficultate spirandi mortuus	<b>Умерший от затруднения дыхания</b>
LXXI	Cancrenam mortem afferre si a digito pedis incoeperit	Начинающаяся с пальца ноги гангрена приводит к смерти

Продолжение

Глава	Латинское название	Русское название (перевод авторов)
LXIII	Puella oculo perforato visum recuperavit	<b>К девочке с проткнутым глазом вернулось зрение</b>

Особняком стоит первая глава, в которой автор (одним из первых врачей в Европе) подробнейшим образом рассматривает клинические проявления «французской болезни» — сифилиса. А начинается она краткой исторической справкой о том, что эта новая болезнь пришла в Италию в 1496 г. из Испании (куда, по-видимому, была завезена членами экспедиции Христофора Колумба. — Прим. авт.), а затем через Францию распространилась по всей Европе.

Некоторые главы посвящены хирургической помощи: извлечение из полости матки мертвого плода крюком (XXIX), операция у новорожденного с атрезией заднепроходного отверстия (XXX), удаление камней из мочевых путей (LXXX).

Однако наибольший исторический интерес представляют главы, в которых приводятся данные аутопсий, проведенных Бенивьени для установления причины смерти. По мнению ряда исследователей, они представляют собой первое описание той или иной патологии. Далее приводится авторский перевод некоторых глав сочинения флорентийского врача.

Глава XXXVI. Отвердевший желудок (*первое описание карциномы пилорического отдела желудка*) [1, 4, 8].

Мой родственник Антонио Бруно мог принимать пищу лишь на короткий срок, а затем исторгал ее без усвоения. Он был тщательно пролечен всеми видами средств от желудочных болезней, но так как ничто ему не помогало, он похудел из-за недостатка питания до кожи и костей; наконец, пришла его смерть. Тело было вскрыто на основании общественного интереса. Было обнаружено, что его желудок был закупорен и затвердел донизу, в результате чего ничто не могло войти туда и питать следующие органы, что и стало причиной неизбежной смерти.

Глава XXXVII. Затвердение в брыжеечных венах (*первое описание мезентериальной окклюзии*) [5, 9].

У Петра Альдимарии был сын, который по достижении 10 лет стал испытывать извращенные желания: он поедал маленькие и крупные камни и от этого впал в продолжительную лихорадку. По прошествии некоторого времени его желудок перестал удерживать пищу, а чрево начало течь. Мальчик так мучился от этих двух напастей, что спустя несколько дней умер. Когда мы, с согласия его отца, произвели вскрытие тела, то обнаружили среди вен, которые называются брыжеечными, камень, которым все, включая сами вены, было сдавлено, так что кровь от туда не могла поступать дальше, и неудивительно, что мальчик расстался с жизнью.

Глава LXXXIII. Сердце, покрытое волосами (*первое описание фибринозного перикардита*) [1, 4].

Якоб — разбойник, вздернутый на виселице, — уже мертв, но если бы был жив и умирал, то, пройдя лечение, выздоровел бы. По правде говоря, он был человеком дурного и испорченного нрава, постоянно возвращавшимся к тем злодеяниям, которыми уже и раньше заслужил смертную казнь через отрубание головы или повешение. Удивленные злонравием этого человека, мы вскрыли его труп. При этом было обнаружено, что его сердце, вследствие необычайной горячности, со всех сторон усеяно волосами. То же было обнаружено в сердце грека Аристомена, о котором говорили, что он в битве один обратил в бегство целое войско. Отсюда можно заключить, что это знак не столько злодейских качеств, сколько редкой отваги.

Помимо этого, Бенивьени было описаны случаи перфораций и рака кишки, желчно- и мочекаменной болезни, рака мочевого пузыря, деструкции тазобедренного сустава.

Отличительной особенностью работы Бенивьени является то, что он не занимался исключительно описательной анатомией и вскрытиями, как его предшественники. Он был на шаг впереди своих современников, пытаясь описать патологию, а не только нормальное строение человеческого тела. Для этого, очевидно, он должен был блестяще знать нормальную анатомию. Только таким образом он мог хорошо различать нормальные и патологические варианты. Его труд «De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis», по-видимому, следует считать первым в истории патолого-анатомическим трактатом, так как он был специально посвящен описанию патоморфологических находок [10, 11], что дает основание многим исследователям, в числе которых и авторы статьи, называть Бенивьени «отцом патологической анатомии».

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

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Van den Tweel J. G., Taylor C. R. The rise and fall of the autopsy. *Virchows Archiv*. 2013;462(4):371—80. doi: 10.1007/s00428-013-1387-3
2. Fye W. B. Antonio di Paolo Benivieni. *Clinical Cardiology*. 1996;19(8):647—79.
3. Benivenii A. De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis. Impressum Florentiae: Impensa Philippi Giun tæ Florentini; 1507.
4. Hajdu S. I. A note from history: the first printed case reports of cancer. *Cancer*. 2010;116(10):2493—8. doi: 10.1002/cncr.25000
5. Ойноткинова О. Ш., Есипов А. В., Паценко М. Б., МIRONENKO Д. А., Тыщук А. В. Из истории острых мезентериальных окклюзий (эпоха нового времени). *Архив внутренней медицины*. 2015;26(6):37—41.
6. Major R. H. Antonio di Paolo Benivieni. *Bulletin of the History of Medicine*. 1935;3:739—55.
7. Thorndike L. A history of magic and experimental science. Vol. 4. New York: Columbia University Press; 1923.
8. Stochik A. M., Pal'cev M. A., Zatravkin S. N. Патологическая анатомия и ее становление в Московском университете. М.: Шико; 2012.
9. Puccinotti F. Storia della medicina. V.2, pt.1. 1855. Livorno: Presso Massimiliano Wagner editore. P. CCXXXIII.
10. Stefanutti U. Benivieni, Antonio. Dizionario Biografico degli Italiani. 1966. Available at: [http://www.treccani.it/enciclopedia/antonio-benivieni\\_%28Dizionario-Biografico%29/](http://www.treccani.it/enciclopedia/antonio-benivieni_%28Dizionario-Biografico%29/)
11. Фрейд Г. Г., Крючков А. Н. К 500-летию патологической анатомии человека и 90-летию кафедры патологической анатомии Пермской государственной медицинской академии. *Пермский медицинский журнал*. 2007;24(3):113—8.

Поступила 24.02.2018  
Принята в печать 26.04.2018

#### REFERENCES

1. Van den Tweel J. G., Taylor C. R. The rise and fall of the autopsy. *Virchows Archiv*. 2013;462(4):371—80. doi: 10.1007/s00428-013-1387-3
2. Fye W. B. Antonio di Paolo Benivieni. *Clinical Cardiology*. 1996;19(8):647—9.
3. Benivenii A. De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis. Impressum Florentiae: Impensa Philippi Giun tæ Florentini; 1507.
4. Hajdu S. I. A note from history: the first printed case reports of cancer. *Cancer*. 2010;116(10):2493—8. doi: 10.1002/cncr.25000
5. Oynotkinova O. Sh., Esipov A. V., Pacenko M. D., Mironenko D. A., Tyschuk A. From the history of acute mesenteric occlusion (the epoch of new time). *Arkhiv vnutrennei meditsiny*. 2015;26(6):37—41 (in Russian).
6. Major R. H. Antonio di Paolo Benivieni. *Bulletin of the History of Medicine*. 1935;3:739—55.
7. Thorndike L. A history of magic and experimental science. Vol. 4. New York: Columbia University Press; 1923.
8. Stochik A. M., Pal'cev M. A., Zatravkin S. N. Pathological anatomy and its establishment at Moscow university [*Patologicheskaja anatomija i ee stanovlenie v Moskovskom universitete*]. Moscow: Shiko; 2012 (in Russian).
9. Puccinotti F. Storia della medicina. V.2, pt.1. 1855. Livorno: Presso Massimiliano Wagner editore. P. CCXXXIII.
10. Stefanutti U. Benivieni, Antonio. Dizionario Biografico degli Italiani. 1966. Available at: [http://www.treccani.it/enciclopedia/antonio-benivieni\\_%28Dizionario-Biografico%29/](http://www.treccani.it/enciclopedia/antonio-benivieni_%28Dizionario-Biografico%29/)
11. Frejnd G. G., Krjuchkov A. N. To 500<sup>th</sup> anniversary of pathological anatomy and 90<sup>th</sup> anniversary of department of pathological anatomy of Perm state medical academy. *Permskij medicinskij zhurnal*. 2007;24(3):113—8 (in Russian).



# Хроника

© Коллектив авторов, 2018  
УДК 616.9-022:061.3

Тельнова Е. А.<sup>1</sup>, Румянцев А. С.<sup>2</sup>, Проклова Т. Н.<sup>1</sup>

## РОССИЙСКО-ИТАЛЬЯНСКИЙ КРУГЛЫЙ СТОЛ В НАЦИОНАЛЬНОМ НИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМ. Н. А. СЕМАШКО ПО ТЕМЕ «ПРОБЛЕМА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ»

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

<sup>2</sup>ХАО «Обнинская химико-фармацевтическая компания», 119435, г. Обнинск

*Представлены результаты обмена информацией на проведенном в ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко» российско-итальянском круглом столе по «Проблеме внутрибольничных инфекционных заболеваний и антибиотикорезистентности», а также о роли бактериофагов в сдерживании и распространении антимикробной резистентности.*

*Ключевые слова:* антибиотики; устойчивость; бактериофаги; внутрибольничная инфекция; резистентность.

*Для цитирования:* Тельнова Е. А., Румянцев А. С., Проклова Т. Н. Российско-итальянский круглый стол в Национальном НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко по теме «Проблема внутрибольничных инфекционных заболеваний и антибиотикорезистентности». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018;26(6):505—508. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-505-508>

*Для корреспонденции:* Тельнова Елена Алексеевна, д-р фарм. наук, гл. научный сотрудник ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко», e-mail: [telnovaea@yandex.ru](mailto:telnovaea@yandex.ru)

*Telnova E. A. 1, Rumyantsev A. S. 2, Proklova T. N. 1*

## THE RUSSIAN ITALIAN ROUND TABLE IN THE N. A. SEMASHKO NATIONAL RESEARCH INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH ABOUT THE PROBLEM OF IN-HOSPITAL INFECTIOUS DISEASES AND ANTIBIOTIC RESISTANCE

<sup>1</sup>The Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health», 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Closed Corporation Society «The Obninsk Chemical Pharmaceutical Company», 119435, Obninsk, Russia

*The article presents the results of information exchange within the framework of the Russian Italian round about the problem of in-hospital infectious diseases and antibiotic resistance and the role of bacteriophages in inhibition and prevalence of antimicrobial resistance organized and carried out in The Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health» (Moscow, Russia).*

*Keywords:* antibiotics; resistance; bacteriophage; in-hospital infectious diseases.

*For citation:* Telnova E. A., Rumyantsev A. S., Proklova T. N. The Russian Italian round table in the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health about the problem of in-hospital infectious diseases and antibiotic resistance. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2018;26(6):505—508 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2018-26-6-505-508>

*For correspondence:* Telnova E. A., doctor of pharmaceutical sciences, major researcher of the Federal State Budget Scientific Institution «N. A. Semashko National Research Institute of Public Health». e-mail: [telnovaea@yandex.ru](mailto:telnovaea@yandex.ru)

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

*Acknowledgment.* The study had no sponsor support

Received  
Accepted

Одной из наиболее серьезных угроз для здоровья человечества сегодня становится резистентность к антибиотикам. При этом надо отметить, что от момента открытия антибиотиков до проблемы их резистентности прошло около 80 лет. Открытие Александром Флемингом антибактериальных свойств пенициллина относится к 1928 г., а появление лекарственного препарата пенициллина — к 1941 г. С появлением антибиотиков стало возможным лечить пневмонию, сепсис, менингит, туберкулез. Однако в ходе применения терапии антибиотиками выяснилось, что микроорганизмы под действием препара-

тов способны изменяться и приобретать устойчивость, которая сохраняется у новых штаммов на генетическом уровне.

В настоящее время в каждой аптеке имеется широкий ассортимент антибиотиков.

29 января 2018 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала первые данные эпиднадзора об устойчивости к противомикробным препаратам, которые свидетельствуют о высоком уровне устойчивости к антибиотикам ряда серьезных бактериальных инфекций в странах с высоким и низким уровнем доходов. Согласно данным новой

Глобальной системы по надзору за устойчивостью к противомикробным препаратам (GLASS) ВОЗ, около 500 тыс. человек с подозрением на бактериальную инфекцию в 22 странах столкнулись с устойчивостью к антибиотикам

Отчет подтверждает, что ситуация с устойчивостью к антибиотикам в мире тяжелая. Некоторые самые распространенные и самые потенциально опасные инфекции в мире не поддаются лечению медицинскими препаратами. Наибольшую обеспокоенность вызывает то, что патогены не признают государственных границ, поэтому ВОЗ призывает все страны создавать эффективные системы эпиднадзора для выявления устойчивости к лекарственным препаратам и делиться полученными данными с глобальной системой.

В апреле 2018 г. в Москве в Национальном НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко прошел российско-итальянский круглый стол по проблеме внутрибольничных инфекционных заболеваний и антибиотикорезистентности.

Обмен мнениями и многолетним опытом между российскими и итальянскими специалистами высокого уровня позволил найти новые подходы и возможные решения этой проблемы. В работе круглого стола приняли участие специалисты высокого уровня Российской Федерации и Италии.

На круглом столе с итальянской стороны выступили:

**Аннализа Пантости** — научный руководитель Департамента инфекционных заболеваний Высшего института здоровья,

**Джузеппе Ипполито** — научный директор Национального института заболеваний «Лаццаро Спалланциани» г. Рим,

**Паоло Антонио Гросси** — директор специализированной Школы инфекционных заболеваний и Школы гигиены и профилактической медицины при университете,

**Вергата Антонио Вольпи** — инфекционист, президент Комитета внутрибольничных инфекций поликлиники Тор,

**Никола Магрини** — секретарь ВОЗ по вопросам основных лекарственных средств.

В своих докладах итальянские ученые затронули вопросы:

- «Устойчивость к антибиотикам как угроза общественному здоровью»;
- «Внутрибольничные инфекции и антимикробная резистентность в здравоохранении: свет и тени»;
- «Мультирезистентность патогенных микроорганизмов (MDR) у доноров и реципиентов при трансплантации органов»;
- «Антибиотикорезистентность в интенсивной терапии»;
- «Вклад жизненно важных и необходимых медикаментов ВОЗ в снижение антимикробной резистентности и оптимального использования антибиотиков»

С российской стороны выступили:

**Акимкин Василий Геннадиевич** — директор ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора», академик РАН,

**Сидоренко Сергей Владимирович** — профессор кафедры микробиологии и микологии СПб МАПО, руководитель отдела молекулярной микробиологии и эпидемиологии ФГБУ «Научно-исследовательский институт детских инфекций федерального медико-биологического агентства» ФМБА,

**Даниленко Валерий Николаевич** — д-р биол. наук, профессор, зав. лабораторией генетики микроорганизмов, зав. отделом генетических основ биотехнологии Института общей генетики им. Н. И. Вавилова РАН,

**Фирсов Александр Алексеевич** — член-корр. РАН, д-р биол. наук, профессор, директор Института ФГБУ «НИИ по изысканию новых антибиотиков им. Г. Ф. Гаузе,

**Дехнич Андрей Владимирович** — канд. мед. наук, заместитель директора по научной работе НИИ антимикробной химиотерапии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России,

**Зурабов Александр Юрьевич** — генеральный директор НПЦ «Микромир».

В докладах российских ученых представлены следующие темы:

- «Актуальные вопросы профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в Российской Федерации»;
- «Резистентность к антимикробным препаратам: глобальные и национальные тенденции»;
- «Резервуары генов лекарственной устойчивости: почвенные микробы, микробиота человека, внутренняя резистомы патогенных бактерий»;
- «Новое в создании антибиотиков»;
- «Мониторинг резистентности возбудителей нозокомиальных инфекций в Российской Федерации»;
- «Экологическому подходу требуются экологические средства воздействия на микробиом».

Из прозвучавших докладов возникает понимание того, что риски, связанные с антимикробной резистентностью на международном, глобальном уровне и на территориальном, идентичны.

В настоящее время риск внутрибольничной инфекции, связанной с антибиотикорезистентностью, актуален для любого медицинского учреждения в любой стране мира. Так, в США инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), переносят более 2 млн пациентов, 88 тыс. пациентов погибают, а экономический ущерб составляет 55—60 млрд долларов. В Европе ИСМП переносят 4,1 млн пациентов, при этом погибают 110 тыс., а экономический ущерб составляет 10 млрд евро.

В Российской Федерации ежегодно, по данным официальной статистики, регистрируется около 25—30 тыс. случаев ИСМП, однако, по данным выборочных исследований, их реальное количество со-

Хроника

ставляет не менее 2,5—3 млн случаев. По экспертным оценкам (Акимкин В. Г., Тутельян А. В., Брусина Е. Б., 2014), реальный экономический ущерб от ИСМП в России может составлять до 300 млрд руб.

Наиболее уязвимыми группами риска являются новорожденные дети, пожилые люди, пациенты с тяжелым течением основной патологии и множественными сопутствующими заболеваниями, пациенты, подвергающиеся агрессивным медицинским манипуляциям, трансплантации органов и тканей и др.

Возбудителями многих инфекций являются условно-патогенные микроорганизмы, обладающие наряду с высокой резистентностью к антибиотикам и значительной устойчивостью к воздействию факторов внешней среды, в том числе дезинфицирующих средств. В настоящее время нарастает устойчивость микроорганизмов к антибиотикам, противотуберкулезным средствам, противовирусным препаратам (в частности для лечения ВИЧ-инфекции, гриппа), противопаразитарным (антималарийным) и антигрибковым средствам, а также к дезинфекционным средствам, включая стерилизующие, дезинфицирующие, антисептические, инсектицидные и акарицидные средства.

Сдерживание распространения антимикробной резистентности требует консолидированных усилий медицинского, научного сообщества, производителей сельскохозяйственной продукции, надзорных органов, а также обеспечения координации и межведомственного взаимодействия.

Альтернативой для лечения и профилактики ИСМП в условиях роста резистентности к антимикробным препаратам вполне могли бы стать бактериофаги.

Бактериофагами являются специфические вирусы, избирательно **атакующие и поражающие микробы**. Размножаясь внутри клетки, они разрушают бактерии. При этом патогенная микрофлора уничтожается, а полезная сохраняется.

Использование этих вирусов было предложено еще в начале века для лечения инфекционных заболеваний. Однако интерес к ним во многих странах мира был утрачен после появления антибиотиков. К началу 90-х годов XX в. в связи с ростом резистентности микроорганизмов к антибиотикам расширилась область применения препаратов бактериофагов, их стали активно применять для лечения различных гнойно-воспалительных заболеваний и осложнений в хирургической практике, гинекологии и акушерстве, офтальмологии, стоматологии, комбустиологии и других областях медицины.

Бактериофаги считаются такими же мощными препаратами, как и антибиотики.

В отличие от антибиотиков, бактериофаги не уничтожают полезную микрофлору и не вызывают развитие дисбактериоза. Бактериофаги размножаются внутри бактерий, этим убивая их, в то время как лекарства в процессе лечения расходуются и их количество уменьшается, количество фагов может возрасти.

При исчезновении пищи фагов — вредных бактерий — исчезают и сами фаги.

Препараты можно принимать на длительной основе и не бояться появления резистентности патогенных микроорганизмов к действующим компонентам. Для этого перед началом терапии необходимо пройти лабораторную диагностику для точного определения возбудителя. Препараты бактериофагов применяют при лечении у детей (ушные инфекции, инфекции мочеполовых органов и органов дыхания, хирургические инфекции, инфекции желудочно-кишечного тракта, инфекции глаз и др.).

Применение бактериофагов в эпидемических очагах внутрибольничных инфекций было высокоэффективно и документировано многими российскими исследователями, представителями различных эпидемиологических школ Тбилиси, Кемерово, Санкт-Петербурга, Москвы, Нижнего Новгорода, Уфы, Хабаровска и др.

Бактериофаги используются в целях лечения и профилактики внутрибольничных инфекций, деcontaminации предметов и поверхностей в ЛПУ.

В контролируемых наблюдениях выявлена различная эффективность при использовании бактериофагов во внешней среде. Максимальный эффект был получен при использовании синегнойного бактериофага: полная элиминация возбудителя достигалась в течение суток после однократного применения с последующим отсутствием новых случаев заболеваний внутрибольничными синегнойными инфекциями. При сальмонеллезном бактериофаге эффект элиминации из внешней среды аналогичен, в короткие сроки достигалось 15-кратное снижение заболеваемости.

Перечень всех зарегистрированных в России антибиотиков, противомикробных препаратов и бактериофагов (фармгруппа, МНН, торговое название, лекарственная форма, доза, масса/объем, владелец РУ, производитель, номер РУ и дата регистрации) составляет 3330 наименований. При этом бактериофагов зарегистрировано всего 12 наименований, или 0,4 % от общего числа зарегистрированных антимикробных средств. За последние 10 лет, к сожалению, не было зарегистрировано ни одного лекарственного препарата бактериофага.

Применение бактериофагов имеет свои плюсы и минусы. Плюсом является отсутствие резистентности микробов. Бактериям адаптироваться к бактериофагам сложнее, а при комплексном воздействии это почти невозможно.

Но есть и минусы: курс терапии более длительный, существуют определенные трудности с выбором правильной группы препаратов, геном бактерии переносится от одного микроба к другому.

**Виды бактериофагов.** В медицине с учетом специфичности описываемых вирусов предпочитают применять комплексные и поливалентные бактериофаги, которые содержат несколько разновидностей этих микробов.

**Список и описание бактериофагов:**

1. **Дизфак, поливалентный дизентерийный** — вызывает гибель шигелл Флекснера и Зонне.
2. **Брюшнотифозный** — убивает возбудителей брюшного тифа, сальмонелл.
3. **Клебсиеллезный поливалентный** — представляет собой комплексное средство, уничтожающее клебсиеллы пневмонии, озены, риносклеромы.
4. **Клебсиелл пневмонии, клебсифаг** — отличный помощник в борьбе с инфекциями урогенитальной, дыхательной, пищеварительной систем, хирургическими инфекциями, генерализованными септическими патологиями.
5. **Колипротеофаг, колипротейный** предназначен для лечения пиелонефритов, циститов, колитов и других болезней, спровоцированных протеем и кишечными палочками.
6. **Колифаг, коли** — эффективно действует в терапии инфекций кожи и внутренних органов, спровоцированных энтеропатогенной кишечной палочкой *E. coli*.
7. **Протеофаг протейный** — губительно действует на специфические протейные микробы вульгарис и мирабилис, являющиеся возбудителями гнойных воспалений кишечника.
8. **Стрептококковый стрептофаг** — быстро нейтрализует стафилококки, выделяемые при любых гнойных инфекциях.
9. **Синегнойный** — рекомендуется для терапии воспалений, которые провоцирует синегнойная палочка. Лизирует бактерии псевдомонас аэругиноза.
10. **Комплексный пхиобактериофаг** — является смесью фаголизатов стрептококков, энтерококков, стафилококков, псевдомонас аэругиноза, эшерихий коли, клебсиелл окситока и пневмонии.
11. **Сектафаг, поливалентный пхиобактериофаг** — пагубно действует на эшерихии коли.
12. **Интенси** — комплексный препарат, лизирующий шигеллы, сальмонеллы, энтерококки, стафилококки, псевдоманис протей и аэрунина.

**Лечение бактериофагами.** Только врач после обследования и выявления инфекции должен назна-

чать лекарственные препараты. Самостоятельное их применение может быть неэффективным, потому что нельзя определить чувствительность к фагам без специального исследования.

Схема лечения разрабатывается индивидуально для каждого пациента. Чаще всего прибегают к медикаментам для терапии кишечного дисбактериоза.

**Сравнение с антибиотиками.** В отличие от антибиотиков, все виды препаратов бактериофагов не влияют отрицательно на организм человека.

Каждый вид избирательно влияет на микроорганизмы, поэтому они не только не вредят микрофлоре, но применяются при лечении дисбактериоза. Однако эти лекарства используют гораздо реже, чем антибиотики, по нескольким причинам. Бактериофаги не проникают в кровь. Их применяют только при наличии возможности легко доставить препарат к месту воздействия. Например, прополоскать горло, нанести непосредственно на рану, выпить при кишечной инфекции. Для применения бактериофагов важно быть уверенным в диагнозе. Исключением являются комбинированные препараты с бактериофагами против различных возбудителей. Эффективность этих препаратов меньше, а цена больше.

**Заключение**

Открытие антибиотиков, безусловно, великое событие.

Однако для решения проблемы внутрибольничной инфекции необходимо обеспечить:

- консолидацию усилий всех заинтересованных сторон, в том числе медиков, ученых, ретейлеров;
- рациональное использование имеющихся антибиотиков, включающее рациональное назначение с более широким использованием лабораторных методов и правильный отпуск;
- разработку новых антибиотиков;
- более широкое использование бактериофагов в качестве альтернативы антибиотикам.

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