

# ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

3

2010

МАЙ—ИЮНЬ

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Главный редактор:** **ЩЕПИН В. О.** — член-корр. РАМН, доктор мед. наук, проф.  
**СТОЧИК А. М.** (зам. главного редактора) — акад. РАМН, доктор мед. наук, проф.  
**НЕЧАЕВ В. С.** (ответственный секретарь) — доктор мед. наук

**БОРОДУЛИН В. И.** — доктор мед. наук, проф., **ГАЙДАРОВ Г. М.** — доктор мед. наук, проф.,  
**ДЕНИСОВ И. Н.** — акад. РАМН, доктор мед. наук, проф., **ЗАТРАВКИН С. Н.** — доктор мед. наук,  
проф., **КАКОРИНА Е. П.** — доктор мед. наук, проф., **КОРОТКОВ Ю. А.** — доктор мед. наук, проф.,  
**КУЧЕРЕНКО В. З.** — член-корр. РАМН, доктор мед. наук, проф., **ЛИНДЕНБРАТЕН А. Л.** — доктор  
мед. наук, проф., **ЛИСИЦЫН Ю. П.** — акад. РАМН, доктор мед. наук, проф., **МАКСИМОВА Т. М.** —  
доктор мед. наук, проф., **МЕДИК В. А.** — член-корр. РАМН, доктор мед. наук, проф., **МИРСКИЙ**  
**М. Б.** — доктор мед. наук, проф., **ПЕРХОВ В. И.** — доктор мед. наук, **ПОЛЯКОВ И. В.** — доктор  
мед. наук, проф., **СЕМЕНОВ В. Ю.** — доктор мед. наук, проф., **СОН И. М.** — доктор мед. наук,  
проф., **СОРОКИНА Т. С.** — доктор мед. наук, проф., **СТАРОДУБОВ В. И.** — акад. РАМН, доктор мед.  
наук, проф., **ТРЕГУБОВ Ю. Г.** — доктор мед. наук, проф., **ЩЕПИН О. П.** — акад. РАМН, доктор мед.  
наук, проф.



## СОДЕРЖАНИЕ

### Здоровье и общество

- Максимова Т. М., Лушкина Н. П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения . . . 3  
Камруззаман Сайед. Влияние управляемых факторов на смертность от болезней системы пищеварения . . . . . 7

### Реформы здравоохранения

- Поляков Б. А., Кизеев М. В., Мушников Д. Л. Экономическая культура медицинского учреждения как фактор инновационного развития . . . . . 10  
Алексеева Н. Ю., Гайдаров Г. М., Пчела Л. П., Макаров С. В. Отношение медицинских работников к новой системе оплаты труда . . . . . 14  
Магомедова С. А., Единова И. Е. Особенности организации службы скорой медицинской помощи в Республике Дагестан . . . . . 19  
Голиков В. Е., Слепых Н. И. Особенности анестезиологической службы в территориях с низкой плотностью расселения населения . . . . . 21  
Деларю В. В. Наиболее часто цитируемые отечественные журналы в диссертационных исследованиях по социологии медицины . . . . . 26  
Агранович О. В. Организация комплексной помощи детям с эпилепсией . . . . . 27  
Белостоцкий А. В. Правовое регулирование медицинской помощи в центрах высоких технологий . . . . . 30  
Абольян Л. В., Лоранский Д. Н., Казакова Л. В., Коняев Н. А., Барабаш Н. А., Зубкова Н. З. О группах материнской поддержки грудного вскармливания . . . . . 34

### Медицинское страхование

- Булхина Г. Р. Социологический опрос в организации оценки качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования . . . . . 38

### Образование и кадры

- Ищук Т. Н. Постдипломная подготовка по профилактической медицине . . . . . 41

### За рубежом

- Улумбекова Г. Э. Опыт государственных гарантий бесплатной медицинской помощи за рубежом . . . . . 43

### История медицины

- Сидоров П. И., Якушев И. Б. Междисциплинарный подход к истории психиатрии . . . . . 47  
Егорышева И. В. Деятельность Д. Н. Жбанкова в Пироговском обществе . . . . . 51  
Вязьмин А. М., Андреева А. В. Общество Архангельских врачей — одна из первых общественных медицинских организаций в России . . . . . 54  
Сорокина Т. С. Пятидесятилетие Российского университета дружбы народов (к истории медицинского факультета) . . . . . 56  
Гончарова С. Г. Московское научное общество историков медицины в 2009 г. . . . . 59  
Знаменательные и юбилейные даты истории здравоохранения и медицины 2010 г. . . . . 60

### Хроника

- Шерстнева Е. В., Егорышева И. В. Международный симпозиум "Роль медицинской общественности в здравоохранении России: история и современность" . . . . . 61

## CONTENT

### Health and society

- Maksimova T. M., Lushkina H. P. The health status and issues of medical support of elderly population . . . . . 3  
Kamruzzaman Sayed. The impact of controllable factors on mortality due to diseases of digestive system in Tverskaya Oblast . . . . . 7

### Health reforms

- Poliakov B. A., Kizeev M. V., Mushnikov D. A. The economic culture of medical institution as the factor of innovative development . . . . . 10  
Alekseyeva N. U., Gaidarov G. M., Pchela L. P., Makarov S. V. The attitude of medical personnel to new system of labour remuneration . . . . . 14  
Magomedova S. A., Edinarova I. E. The characteristics of the organization of emergency medical care in the Republic of Dagestan . . . . . 19  
Golikov V. E., Slepых N. I. The characteristics of anaesthesiologic service in territories with low density of population settlement . . . . . 21  
Delarue V. V. The most frequently quoted national journals in the thesis studies of sociology of medicine . . . . . 26  
Agranovich O. V. The organization of integrated care to children with epilepsy . . . . . 27  
Belostotsky A. V. The legal regulation of medical care in high-technology centers . . . . . 30  
Abolyan L. V., Loransky D. N., Kulakova L. V., Konyaev N. A., Barabash N. A., Zubkova N. Z. On the groups of maternal support of breast feeding . . . . . 34

### Medical insurance

- Bulhina G. R. The sociological survey in the organization of evaluation of quality of medical care in the system of mandatory medical insurance . . . . . 38

- Ischuk T. N. The postgraduate training in preventive medicine . . . . . 41

### From abroad

- Ulumbekova G. E. The experience of public guarantees of free-of-charge medical care foreign countries . . . . . 43

### History of medicine

- Sidorov P. I., Yakushev I. B. The interdisciplinary approach to the history of psychiatry . . . . . 47  
Yegorisheva I. V. The activities of D. N. Jbankov in the Pirogov Society . . . . . 51  
Viazmin A. M., Andreeva A. V. The Arkhangelsk society of physicians — one of the first public medical organizations in Russia . . . . . 54  
Sorokina T. S. The fiftieth anniversary of the Russian Peoples Friendship University (on the history the faculty of medicine) . . . . . 56  
Goncharova S. G. The Moscow scientific society of historians of medicine in 2009 . . . . . 59  
Important and anniversary dates of history of public health and medicine in 2010 . . . . . 60

- Sherstneva E. V., Egorisheva I. V. The international symposium "The role of medical community in public health of Russia: history and the present" . . . . . 61

Публикуемые материалы отражают точку зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редколлегии журнала.

© ОАО «Издательство "Медицина"», 2010

Т. М. Максимова, Н. П. Лушкина

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

Т. М. Максимова — д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр. (916-24-52); Н. П. Лушкина — канд. экон. наук, вед. науч. сотр. (917-82-58)

*При сравнении собранных на единой методической основе данных международных исследований выделены реальные проблемы в здоровье и медицинском обеспечении пожилого населения России, что может стать основой при принятии решений на государственном уровне, на уровне Минздрава и содействия РФ, а также отправной точкой для новых научных работ.*

Ключевые слова: старение населения, условия жизни, медицинская помощь, смертность

### THE HEALTH STATUS AND ISSUES OF MEDICAL SUPPORT OF ELDERLY POPULATION

T.M. Maksimova, H.P. Lushkina

*The comparison of international studies data on the integrated methodological basis permitted to sort out actual issues in health and medical support of elderly population in Russia. The results can become both the foundation for the decision making on public level, ministry of health included, and the starting point for new research studies.*

Key words: population ageing, life conditions, medical support, mortality

В течение последних десятилетий в мире наблюдается тенденция к увеличению доли лиц старше трудоспособного возраста, а также к глобальному старению населения.

Фактически старение населения связано с завоеваниями и достижениями человечества, в том числе в сфере здравоохранения, так как прежде всего увеличилась продолжительность жизни людей в каждом возрасте, в том числе в старшем. Постепенное увеличение продолжительности жизни населения предполагается и далее.

Следствием старения населения, очевидно, станет повышение потребностей в специфических видах медицинской и социальной помощи, что должно своевременно прорабатываться на научной основе.

В 2006 г. доля лиц в возрасте 60 лет и старше в России составляла 17,2%, в Японии — 27,8% (самый высокий показатель), в Объединенных Арабских Эмиратах — 1,8% (самый низкий). Эти различия связаны в значительной мере с особенностями рождаемости в странах с различным демографическим поведением.

По данным Росстата РФ, на 1 января 2008 г. в нашей стране проживали 29 760 тыс. лиц старше трудоспособного возраста [5], на учете в системе Пенсионного фонда состояли 30 026 тыс. получающих пенсии по старости [6]. Расселение населения в России имеет выраженную специфику, контингенты старше трудоспособного возраста концентрируются в Центральном (23,9%), Северо-Западном (22%) федеральных округах, в некоторых областях (Тульская, Рязанская) достигают 26,3—26,9%, в то время как в Ямало-Ненецком автономном округе — 7,3%, Чукотском — 8,7%, Ханты-Мансийском — 9,1% [4].

В 2006 г. продолжительность жизни у лиц, достигших 60 лет, в большинстве европейских стран составляла в среднем 21,8 года у мужчин и 25,8 года

для женщин. При этом в некоторых странах Европы продолжительность предстоящей жизни для 60-летних у мужчин превышает 22 года (Исландия, Лихтенштейн, Швейцария), а у женщин — 26 лет (Лихтенштейн, Швейцария). Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни для населения России в этом возрасте ниже, что составило в 2006 г. 17 лет, в том числе для мужчин — 13,8 года (в 1990 г. — 14,7, в 2000 г. — 13,2), для женщин — 19,4 года (в 1990 г. — 19,6, в 2000 г. — 18,7).

Высокая смертность населения России (и соответственно низкая продолжительность жизни) может быть связана с более высокой, чем в других странах, распространенностью заболеваний и отклонений в здоровье среди населения, а также с проблемами медицинского обеспечения, в том числе с недоступностью или неадекватностью медицинской помощи, несоответствием современным представлениям об оказываемой населению медицинской помощи.

Особенности распространенности заболеваний у населения нашей страны, частота связанных со здоровьем жизненных ограничений так же, как и проблемные ситуации в смертности населения, могут быть выявлены на основе международных сравнений. В связи с этим для анализа были использованы материалы Всемирного исследования здоровья (World Health Survey), проведенного в 74 странах мира на единой методической основе под руководством ВОЗ с участием специалистов отдела, а также базы данных ВОЗ (WHO Statistical Information system — WHOSIS), Европейского регионального бюро ВОЗ, базы данных Росстата РФ по смертности и материалы официальной статистики.

Возрастные изменения — важный фактор формирования здоровья пожилых континентов. С увеличением возраста во всех странах закономерно возрастает распространенность хронических

заболеваний (диабет, болезни сердца, болезни суставов и др.), снижается доля лиц, оценивающих свое здоровье как хорошее и отличное, и увеличивается число лиц с низкой оценкой своего здоровья — в России с 19,2% у мужчин и 29,3% у женщин в возрасте 60—69 лет до 58,1 и 63,1% соответственно в возрасте 80 лет и старше. Увеличивается и доля лиц, отмечающих трудности с передвижением, выполнением работ по дому, трудности по уходу за собой (в среднем 7,2% среди мужчин и 11,5% среди женщин). В то же время 57% мужчин и 47% женщин в возрасте 60 лет и старше указывают на полное отсутствие этих ограничений. С увеличением возраста возрастает доля лиц, отмечающих трудности с концентрацией внимания и запоминанием, до 9% указывали на трудности во взаимоотношениях с окружающими. Таким образом, этим группам населения требуется как медицинская, так и социальная помощь.

Развивающиеся ограничения связаны с выраженной возрастной динамикой нарастания хронической патологии, поражений различных органов и систем, развитием сочетанной патологии, комплексов хронических заболеваний. В изолированном виде такие болезни, как диабет, артриты, стенокардия, катаракта, были выявлены только у 7—15% лиц в возрасте 60 лет и старше.

На то, что не имели каких-либо заболеваний и в течение последних 12 мес не отметили каких-либо патологических симптомов, указали 5,2% женщин и 11,2% мужчин старше 60 лет. Однако если в 60—69 лет таких лиц было 8,6% среди женщин и 17,3% среди мужчин, то к 80 годам и старше среди женщин таких практически не было (0,6%), среди мужчин лишь 4,6%. Распространенность учтенных во Всемирном исследовании здоровья заболеваний и жизненных ограничений в России не выше, чем в других странах, в то же время наши пожилые чаще указывали на то, что врачом был установлен диагноз стенокардии, чаще отмечали проблемы со зрением, но реже, чем сверстники из других стран (кроме Китая, Индии), пользовались очками или контактными линзами, чаще отмечали трудности в отношениях сосредоточения и запоминания.

Поиск факторов, определяющих высокие показатели смертности и низкий уровень продолжительности жизни нашего населения, требует нового взгляда на так называемые традиционные факторы риска — так, распространенность артериальной гипертензии близка у нас и в Северной Карелии [2], в мире растет частота ожирения, но снижается смертность от сердечно-сосудистых болезней, процент курящих женщин, несмотря на его увеличение в последние годы, у нас ниже, чем в Европе, в то же время смертность от заболеваний системы кровообращения существенно выше.

Доказанным фактором формирования здоровья, в том числе в пожилом возрасте, являются социально-экономические условия жизни людей; во всех странах, где проводились такие исследования, установлен социальный градиент, определяющий направленность отклонений в состоянии здоровья с изменением социального статуса.

Доля лиц с хорошим здоровьем (17,8%) среди пожилых существенно выше среди проживающих в семьях с лучшим уровнем материального благосостояния, чем в малообеспеченных (5,2%) (11,7% в средней группе). На плохое здоровье чаще указы-

вали лица из бедных семей. Более высока распространенность болей, отечности, ограничения подвижности в суставах среди бедного населения (55%) и 43% в противоположной группе, артриты — у 41,7 и 26,7% лиц соответственно. Более часто население с низким уровнем материального благосостояния указывало на потерю всех естественных зубов, трудности с передвижением, уходом за собой и на другие связанные со здоровьем проблемы. Значительная часть пожилых людей не может приобрести прописанные врачом лекарственные средства. С позиции фундаментальной науки необходимо исследовать биологический возраст и темпы старения людей, проживающих в разных условиях.

Результаты сравнительной оценки показывают, что наши пожилые люди по сравнению с их ровесниками из экономически развитых стран проживают в худших материальных условиях. Так, в России имеют в своем распоряжении более 7 предметов длительного пользования 13,5%, в других странах Европы от 35,4% (Венгрия) до 91,3% (Нидерланды). По данным Пенсионного фонда, средний размер назначенных месячных пенсий в 2007 г. составлял 3682 руб. при величине прожиточного минимума для пенсионеров 3065 руб.

Больные в возрасте 60 лет и старше составляют около половины пациентов поликлиник (46,%) и стационаров (45,9%). При этом, по данным опросов, наше население контактирует с учреждениями здравоохранения не реже, чем население зарубежных стран. В частности, основная часть больных контактировала в течение года с врачом (до 70—80% при наличии бронхиальной астмы и стенокардии и практически все (97,9%) при сахарном диабете), каждый третий ежегодно обследует зрение, более 40% проходят обследование на туберкулез, более чем половине (52,3%) женщин в возрасте 60 лет и старше в течение последних трех лет проводилось обследование женских половых органов, но лишь около 14% — маммография. Необходимо оценить, насколько эффективны эти массовые мероприятия. Например, при высоком охвате гинекологическим обследованием смертность от рака шейки матки наших женщин пожилого возраста значительно выше, чем в других странах.

85,9% лиц, получивших медицинскую помощь, были удовлетворены работой медицинского персонала, 66,5% — оснащенностью больниц и только 51,2% удовлетворены наличием необходимых медикаментов. В других странах удовлетворенность различными сторонами медицинской помощи была значительно выше: до 100% лиц (Чехия) были удовлетворены лекарственным обеспечением (в Латвии — 75,7%).

О качестве медицинской помощи свидетельствуют и показатели смертности. Общие показатели смертности пожилого населения России выше, чем в странах Европы<sup>1</sup>. Результаты международного сравнения показателей смертности по классам болезней показали, что в 2006 г. превышение имело место только по трем из них: болезни системы кровообращения (в 2,7 раза), симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния (в 3 раза), травмы и отравления (в 2,3 раза). Эти превышения, так

<sup>1</sup>Сравнение проведено на основе базы данных Европейского регионального бюро ВОЗ: [www.WHO/Europe](http://www.WHO/Europe), European mortality database (MDB), January 2009.

Смертность (в ‰) пожилого населения в разных странах от некоторых заболеваний

Страна	Мужчины				Женщины			
	сахарный диабет (E10-E14)		пневмония (J12-J18)		сахарный диабет (E10-E14)		пневмония (J12-J18)	
	65—74 года	75 лет и старше	65—74 года	75 лет и старше	65—74 года	75 лет и старше	65—74 года	75 лет и старше
Россия, 2006	21,1	25,6	87,9	97,4	36,5	40,0	17,9	42,6
США, 2005	99,7	235,7	42,1	283,6	75,9	202,5	28,7	247,1
Франция, 2005	54,9	178,0	27,0	224,8	30,6	148,7	8,9	177,6
Германия, 2006	60,4	210,8	40,0	293,4	35,2	244,2	16,3	218,9
Япония, 2006	32,3	71,4	111,3	1022,5	14,1	61,1	36,7	614,8
Канада, 2004	91,8	292,5	26,3	255,1	54,2	230,3	16,8	222,4

же как и более низкие<sup>2</sup> показатели смертности населения нашей страны по большинству остальных классов болезней — статистическое отражение реальных проблемных ситуаций в российском здравоохранении и всей системы охраны здоровья населения страны.

При более высоких показателях смертности от болезней кровообращения (основная причина смерти) доля случаев смерти от острого инфаркта миокарда в их составе у нас ниже, чем в других странах мира<sup>3</sup>, что свидетельствует о низком уровне диагностики сердечно-сосудистых и других болезней, которые маскируются другими диагнозами, например атеросклероза (доля случаев смерти от этой причины у нас в отличие от других стран выше, чем от инфарктов).

Массовым диагнозом является неуточненный инсульт (10—13% среди всех причин смерти от болезней системы кровообращения в России), что свидетельствует как о качестве прижизненной диагностики, так и, соответственно, о качестве лечения больных с данной патологией до наступления летального исхода.

Широкая распространенность болезней системы кровообращения как ведущей причины смерти предполагает особую настороженность и активную деятельность медицинской сети страны в отношении тех, кто страдает этими заболеваниями, прежде всего широкий охват регулярным диспансерным наблюдением.

Однако в среднем менее чем каждый третий больной (включены все возрастные группы взрослого населения, так как статистические формы отчетов не позволяют выделить конкретные возрастные группы) с патологией системы кровообращения в России состоял в 2007 г. под диспансерным наблюдением (30,7%).

Наиболее распространенными среди зарегистрированных в системе Минздравсоцразвития РФ, т. е. известных медицинской сети, болезней этого класса являются болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (36%), различные формы ишемической болезни сердца (24%), цереброваскулярные болезни (22,8%). Именно эти заболевания являются ведущими причинами смерти.

Данные обширной официальной статистики не позволяют оценить, какая часть населения обращается ежегодно за медицинской помощью. Можно лишь констатировать, что из всех зарегистрирован-

ных в поликлинике случаев патологии системы кровообращения в 2007 г. были госпитализированы 16,6%, в том числе из всех больных, у которых было диагностировано повышенное кровяное давление, — 8,3%, из всех больных с зарегистрированной стенокардией — 34,3%, цереброваскулярными болезнями — 16,4%, т. е. в среднем отмечается недостаточное использование госпитализации для лечения. Об этом же свидетельствуют и другие данные. Из всех тех, кто скончался от болезней системы кровообращения, 16,4% умерли в больницах, остальные умерли на дому, и им, по-видимому, не была оказана вся необходимая медицинская помощь.

При сравнении доли лиц, страдающих ишемической болезнью сердца (стенокардией) и получивших стационарное лечение, по данным Всемирного исследования здоровья, также выявлена недостаточность стационарной помощи: в России уровень госпитализации больных с данной патологией как в течение последнего года, так и в течение последних 5 лет существенно выше, чем в Индии, примерно на том же уровне, что и в Китае (выше при сравнении данных о госпитализации за 5 лет), но существенно отстает от соответствующих показателей в странах Западной Европы: в течение года в этих странах госпитализируются 28—38%, в течение 5 лет — 61—68% пациентов со стенокардией [3]. Необходима оценка показателей, характеризующих современную экстренную кардиологическую помощь, ее объемы, сроки доставки больных в медицинские учреждения.

Недостаточное качество ведения пациентов старшего возраста проявляется и при анализе возрастной динамики смертности от заболеваний.

Во всех странах, по данным WHOSIS<sup>4</sup>, показатели смертности от большинства заболеваний в возрасте 75 лет и старше в 2—3 раза и более выше, чем в возрасте 65—74 года. Это логично, так как с увеличением возраста развиваются и тяжелее протекают множественные заболевания. У населения зарубежных стран с увеличением возраста резко возрастает смертность от диабета (например, в США (2005 г.) у мужчин с 99,7‰ в возрасте 65—74 года до 235,7‰ в возрасте 75 лет и старше, у женщин 75,9 и 202,5‰ соответственно; в Германии (2006 г.) у мужчин с 60,4 до 210,8‰, у женщин 35,2 и 244,2‰ соответственно), смертность от пневмонии в 75 лет и старше во всех странах также в несколько раз выше, чем в возрастной группе 65—74 года (табл. 1). У населения России в возрасте

<sup>2</sup>По мнению авторов "Доклада о развитии человеческого потенциала в РФ" (2008), низкие показатели смертности не дают оснований для беспокойства (с. 7).

<sup>3</sup>WHOSIS.

<sup>4</sup>WHOSIS (thhp://apps.int/whosis/database/mort).

75 лет и старше показатели смертности от диабета, пневмонии (особенно у мужчин) близки к соответствующим показателям в возрасте 65—74 года: смертность от диабета у мужчин в 2006 г. 21,1‰ в возрасте 65—74 года и 25,6‰ в 75 лет и старше, у женщин 36,5 и 40‰ соответственно, смертность от пневмонии у мужчин 87,9‰ в 65—74 года и 97,4‰ в 75 лет и старше, у женщин, хотя и отмечается рост смертности в возрасте 75 лет и старше (17,9 и 42,6‰), показатели смертности от этой причины в возрасте 75 лет и старше в несколько раз ниже, чем в других странах.

Значит ли это, что смертность от указанных причин у нашего населения в более старшем возрасте действительно ниже? По-видимому, это недоработки в диагностике и, соответственно, лечении больных в наших медицинских учреждениях.

Аналогичная ситуация в отношении смертности от некоторых инфекционных и паразитарных болезней. В странах Евросоюза с 1980 до 2006 г. смертность населения в возрасте 65 лет и старше от инфекционных болезней в основном возрастала, что связано и с повышением диагностических возможностей медицинских учреждений, в 2006 г. она составила 47,3 на 100 000 населения, в России смертность в основном снижалась и была в 2006 г. в 2,5 раза (19,3‰) ниже, чем в европейских странах.

Отмечается парадоксальная возрастная динамика показателей смертности: если в странах Евросоюза в целом, в каждой конкретно стране Европы наблюдается многократное увеличение показателей смертности женщин от инфекционных и паразитарных болезней с увеличением возраста (в 6 раз и более), то показатели смертности российских женщин фактически не изменяются, составив в 2006 г. для возраста 60—74 года 8,6‰, а для возраста 75 лет и старше — 11,4‰.

Реальной проблемной ситуацией в смертности от инфекционных и паразитарных болезней нашего населения является не только высокий уровень смертности от туберкулеза, но и чрезвычайно низкий уровень смертности, например, от септицемии в возрасте 65—74 года (табл. 2). Показатели смертности пожилого населения от этой причины в 9 раз и более ниже у мужчин (1,7‰) и в 6 раз и более ниже у женщин (1,7‰), чем в других странах (например, в Японии (2006 г.) у мужчин 15,4‰, у женщин 8,4‰, в Германии (2006 г.) у мужчин 20,8‰, у женщин 14‰). Это может свидетельствовать только о серьезных проблемах в медицинском обеспечении нашего населения, отражая как недостатки диагностики (соответственно, и лечения) в медицинских учреждениях, так и недостаточно внима-

тельное отношение к больным пожилого возраста.

Одной из ведущих причин смерти пожилого населения являются внешние причины. Уровень смертности пожилого населения от падений в России ниже, чем в Европе, автодорожные и транспортные травмы, хотя их частота в 1,5—2,3 раза выше, чем в странах Евросоюза, не столь относительно высоки. Наиболее проблемными являются такие причины смерти, как убийства (более чем в 20 раз превышающие среднеевропейские данные (у мужчин почти в 50 раз)), отравления (показатели смертности в 16,7 раза выше, чем в Европе (среди мужчин более чем в 30 раз)), а также воздействие дыма и пламени, т. е. смерть в результате пожаров, частота которых в среднем в 7 раз выше, чем у проживающих в странах Евросоюза. Это следствия реальных проблемных ситуаций в жизнеобеспечении населения страны. Результаты опросов по программе Всемирного исследования здоровья свидетельствуют о том, что больше половины пожилых людей не чувствуют себя в безопасности, находясь на улице, почти 20% — дома, до 4% лиц указали, что они или члены их семей были жертвами криминала.

В отечественном здравоохранении появились новые черты во взаимоотношениях медицинских работников и пациентов, некоторые из них могут быть расценены как проявление дискриминации в связи с социальным и имущественным статусом, а также в связи с возрастом. Оценка распространенности и масштаба этих проблем была проведена на материалах Всемирного исследования здоровья по разным странам.

Ощущение к себе худшего отношения со стороны медицинских работников в связи с недостатком средств отмечают 14—16% людей. Эта проблема, безусловно, травмирующая в психологическом плане, существует уже в трудоспособном возрасте. В старших возрастах доля лиц, указавших на ощущение худшего к себе отношения в связи с недостатком средств, также велика, и, соответственно, пожилые люди, у которых нарастает возрастная зависимость патология, усиливается полиморфизм заболеваний в условиях негативных взаимоотношений между ними и медработниками по причине отсутствия финансовых средств, также далеко не всегда получают необходимое лечение.

Проблема этико-деонтологических взаимоотношений врача и пациента в связи с особенностями уровня материального благосостояния так же, как и особенности в обслуживании пациентов старшего возраста, существует в разных странах. Наибольшая доля лиц, которые указали, что ощущают худшее к себе отношение в связи с недостатком средств как при амбулаторном обслуживании, так и при получении стационарного лечения, выявлена в России, Индии и Китае; среди жителей Чехии, Испании, Венгрии она существенно ниже [1]. Это не только морально-этические проблемы во взаимоотношениях врача и пациента. Это реальный фактор, влияющий на показатели здоровья и, в частности, на смертность населения страны.

Учитывая закономерности формирования здоровья пожилых, в том числе особенности клинического течения заболеваний, требующих медицинской коррекции с учетом возрастных изменений, полагаем, что необходима подготовка медицинских работников первичного звена по вопросам ге-

Таблица 2

**Смертность (в ‰) пожилого населения от септицемии**

Страна	Мужчины		Женщины	
	65—74 года	75 лет и старше	65—74 года	75 лет и старше
Россия, 2006	1,7	1,6	1,3	1,3
США, 2005	36,3	117,1	29,5	107,5
Франция, 2005	15,3	68,4	8,4	50,2
Германия, 2006	20,8	69,5	14,0	58,4
Япония, 2006	15,4	54,1	8,5	46,8
Канада, 2004	13,9	58,8	11,3	52,9

ронтологии и гериатрии (на конец 2008 г. в стране было 233 гериатра), а также применение современных видов медицинской помощи в лечении пожилых людей.

По-видимому, при определении перспектив развития здравоохранения целесообразно ориентироваться не на сокращение сроков пребывания больных в стационаре, а, напротив, на проведение всего возможного комплекса медицинских мероприятий во время пребывания пациента в больнице, в том числе необходимо добиваться полного обследования и лечения всех выявленных видов патологии, сочетанных состояний, так называемых букетов болезней, которые имеют место. Это потребует пересмотра ряда действующих положений, в том числе пересмотра оплаты стационарного лечения по системе обязательного медицинского страхования.

Таким образом, при сравнении собранных на единой методической основе данных международных исследований были выделены реальные про-

блемы в здоровье и медицинском обеспечении пожилого населения России, что может стать основой при принятии решений на государственном уровне, на уровне Минздравсоцразвития РФ, а также отправной точкой для новых научных работ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Максимова Т. М., Роговина А. Г., Лушкина Н. П. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2004. — № 2. — С.
2. Максимова Т. М., Лушкина Н. П., Барабанова Н. А. // Демографические исследования. — Смертность населения. Тенденции, методы изучения, прогнозы. — М., 2007. — Вып. 13. — С. 272—279.
3. Максимова Т. М., Лушкина Н. П., Борисов Е. Е., Огрызко Е. В. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2009. — № 1. — С. 32—35.
4. Максимова Т. М., Лушкина Н. П. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2009. — № 3. — С. 3—5.
5. Российский статистический сборник, 2008 г. — М., 2008. — С. 88.
6. Социальное положение и уровень жизни населения России, 2008. Официальное изд. — М., 2008. — С. 63—65, 187.

Поступила 12.11.09

© С. КАМРУЗЗАМАН, 2010

УДК 614.2:616.3-036.88-02

Сайед Камруззаман

## ВЛИЯНИЕ УПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ НА СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Тверская государственная медицинская академия

Сайед Камруззаман — канд. мед. наук, доц. каф. (washim@mail.ru)

*Проведена оценка влияния целого ряда факторов социального, биологического и медицинского характера на уровень смертности от болезней органов пищеварения в стационарах ряда районов Тверской области. Определены управляемые факторы, влияющие на формирование уровня смертности от патологии системы пищеварения, зависящие преимущественно от организации и качества оказания помощи на различных этапах ведения таких больных. С помощью экспертного метода оценивались тактика проводимого лечения, причины диагностических ошибок, повлекших за собой предотвратимую смерть, и возможность предотвращения летального исхода. Полученные результаты могут быть использованы органами и учреждениями здравоохранения при разработке целевых программ снижения предотвратимой смертности населения, в том числе от конкретных причин смерти в различных субъектах Российской Федерации с учетом территориальных особенностей состояния сети и ресурсного обеспечения системы здравоохранения конкретного региона.*

Ключевые слова: смертность; управляемые, субъективные факторы; экспертная оценка

### THE IMPACT OF CONTROLLABLE FACTORS ON MORTALITY DUE TO DISEASES OF DIGESTIVE SYSTEM IN TVERSKAYA OBLAST

S. Kamruzzaman

*The article deals with the assessment of the impact of various social, biological and medical factors on the level of mortality of diseases of digestive organs in hospitals of certain districts of Tverskaya oblast. The controllable factors are determined impacting on the level of mortality of digestive system pathology and depending mainly of organization and quality of medical care at various stages of patient monitoring. The expertise technique was applied to evaluate the tactics of carried out treatment and the causes of diagnostics errors entailing preventable death and possibility of preventing lethal outcome. The study results can be used by health administrations and medical institutions to develop target programs reducing the preventable mortality of population. Another direction ? to impact specific causes of death in various subjects of the Russian Federation considering territorial characteristics of local health services and resource support of health care system in particular region.*

Key words: mortality, controllable factors, expertise.

Смертность является интегрирующим показателем здоровья населения и находится под влиянием комплекса факторов. В своем исследовании, основываясь на экспертной оценке медицинских карт стационарных больных (МКСБ), мы изучали силу влияния лишь некоторых факторов социального, биологического и медицинского характера на уровень смертности от болезней органов пищеварения в стационарах ряда районов Тверской области.

С этой целью были отобраны 13 районов (1/3)

Тверской области, в которых показатели смертности населения от болезней органов пищеварения в течение последнего десятилетия имели значительные изменения в сторону как увеличения, так и уменьшения (табл. 1).

Все факторы, определяющие показатели смертности, можно условно разделить на три основные группы: управляемые, управляемые не полностью и неуправляемые. Кроме того, в каждой из этих групп можно выделить факторы преимущественно

Таблица 1

**Число умерших на 100 000 населения от болезней органов пищеварения по отдельным районам Тверской области**

Районы	2005 г.	2007 г.
Бежецкий	152,1	189,2
Вышневолоцкий	116,4	137,1
Конаковский	115,5	105,4
Краснохолмский	94,7	127,0
Лихославльский	83,7	102,8
Максатихинский	106,0	128,9
Нелидовский	69,5	133,2
Ржевский	184,8	159,2
Сандовский	94,7	196,6
Торжокский	106,9	138,1
Торопецкий	75,6	116,2
Кашинский	10,6	100,6
Молоковский	15,9	49,4

медицинского и немедицинского характера [2]. Для разработки концептуальных подходов к комплексной программе снижения смертности в регионе (на примере патологии пищеварительной системы) в данной работе внимание уделялось изучению управляемых факторов, на которые можно воздействовать, причем с акцентом на факторы, зависящие преимущественно от организации оказания медицинской помощи и ее качества на различных этапах ведения таких больных.

Следует иметь в виду, что данный класс болезней составил около 4% в структуре причин смерти населения Тверской области, явившись четвертым по значимости классом причин, определяющих смертность в данном регионе в 2007 г., и отличается высокой степенью сочетанности патологических состояний, приходящихся на один случай смерти.

Определенную роль в формировании уровня смертности играет социальный статус носителей соответствующего риска смерти. Проведенная экспертиза показала, что среди умерших от данной патологии значительную долю составляют достаточно социально адаптированные слои населения со средним образовательным уровнем, состоящие в браке и занимающиеся квалифицированным физическим трудом, а также пенсионеры. Доля последних по выбранным районам колебалась от 18,2% в Нелидовском районе до 50% в Бежецком. Интересно, что с ростом образовательного ценза и профессионального статуса летальность от болезней органов пищеварения существенно снижается и составляет около 10%. Кроме того, в выбранных районах достаточно высока доля смертей части населения с неизвестным характером занятости, она приближается к 30%. Итак, проведенная экспертиза показала, что отмеченные тенденции влияния на показатель смертности социального статуса умерших от данной патологии характерны для всех выбранных районов.

В структуре смертности от болезней органов пищеварения населения Тверской области преобладали лица двух возрастных групп — от 40 до 59 лет, 60 лет и старше, составив более 80%. Это свидетельствует о том, что возрастные биологические изменения оказывают существенное влияние на смертность от болезней органов пищеварения.

Качество клинической диагностики оценивали, сопоставляя клинические и патолого-анатомические диагнозы, так как причина смерти стационар-

ного больного устанавливалась лечащим врачом и патологоанатомом. Вскрытие проводилось у подавляющего большинства умерших от данной патологии, а в отдельных районах этот показатель достигал 100%.

Процент расхождений клинических и патолого-анатомических диагнозов является показателем качества оказания медицинской помощи больным в стационарах. По основному клиническому и патолого-анатомическому диагнозам полное расхождение наблюдалось в 10% смертей по выбранным районам, что оказалось решающим в исходе заболевания.

Также важное значение имеет анализ непосредственных причин смерти, т. е. осложнений основного заболевания, которые привели к летальному исходу. По данным МКСБ, подвергнутых экспертизе, основным осложнением, приводящим к смерти пациентов с заболеваниями органов пищеварения, стало желудочно-кишечное кровотечение различной этиологии (15,9% летальных случаев): язвенная болезнь, осложненная кровотечением; кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, обусловленное циррозом печени и портальной гипертензией; пищеводное кровотечение, как результат синдрома Маллори—Вейсса.

В ряде случаев больные поступали в тяжелом состоянии, обусловленном не только гастродуоденальным кровотечением и анемией, но и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Такие пациенты нуждались в адекватной гемостатической и заместительной терапии. Однако при анализе МКСБ выявлены случаи, когда медикаментозная терапия была неполноценной, так как не назначались препараты гемостатического ряда, кардиотоники, трансфузионная терапия не всегда была адекватной.

При анемии, обусловленной гастродуоденальным кровотечением, необходимо переливание адекватного количества крови с заместительной целью. Тем не менее в некоторых ЛПУ выбранных районов переливание крови было недостаточным либо кровопотеря замещалась вливанием плазмы, тогда как переливание свежезамороженной плазмы с целью кровезамещения не показано.

Следует отметить, что отсутствие объективных требований к уровню обследования разных континентов больных с данной патологией в определенной степени влияет на уровень нераспознанных при жизни осложнений и сопутствующих заболеваний, который, к сожалению, достаточно высок [1].

Изучение диагностических ошибок при ведении больных с патологией системы пищеварения показало, что почти в половине случаев ошибки носили субъективный характер; среди них недоучет клинических данных, неправильная трактовка результатов лабораторных исследований, недообследование больного и пр. Данный набор причин относится к управляемым факторам медицинского характера, и при надлежащей коррекции можно снизить смертность по данному классу заболеваний в области.

В то же время экспертиза показала, что уровень диагностики при патологии системы пищеварения повышается, в подавляющем большинстве случаев в ЛПУ выбранных районов диагноз был обоснованным (табл. 2).

Анализ причин погрешностей, допущенных при



Таблица 2

**Заключение эксперта об обоснованности диагноза у умерших от болезней органов пищеварения в выбранных районах Тверской области в 2007 г.**

Район	Диагноз обоснован		Диагноз не обоснован	
	абс.	%	абс.	%
Бежецкий	10	83,3	2	16,7
Вышневолоцкий	17	85,0	3	15,0
Конаковский	26	86,7	4	13,3
Краснохолмский	13	86,7	2	13,3
Лихославльский	14	93,3	1	6,7
Максатихинский	13	86,7	2	13,3
Нелидовский	10	90,9	1	9,1
Ржевский	23	92,0	2	8,0
Сандовский	14	93,3	1	6,7
Торжокский	13	86,6	2	13,4
Торопецкий	22	88,0	3	12,0
Кашинский	8	66,7	4	33,3
Молоковский	2	66,7	1	33,3

проведении операций, показал, что к летальному исходу приводила, как правило, несвоевременность оперативного вмешательства при адекватной тактике. Причинами задержки были поздняя доставка больных в крайне тяжелом и агональном состоянии, а также несвоевременно проведенные инструментальные обследования, проблемы диагностики или необходимость предоперационной подготовки, требующие времени, и непрофильная госпитализация в смежные отделения. Если поздняя доставка больных в тяжелом состоянии является неуправляемой причиной или управляемой не полностью, то другие причины, на наш взгляд, устраняемы и предотвратимы при должном обеспечении качества медицинской помощи и дальнейшем совершенствовании ее организации в ЛПУ районов.

В то же время в некоторых районах отмечены случаи неадекватной тактики проведения операций при своевременности их оказания. При оценке экспертами оперативного вмешательства установлено, что в Молоковском районе было наибольшее количество тактических и технических ошибок. При неадекватности оперативной тактики также нельзя недоучитывать субъективный фактор (квалификацию и мастерство хирурга, анестезиолога, операционных сестер; наличие современного медицинского оборудования и медикаментов), воздействие на который может способствовать снижению смертности.

Из проверенных МКСБ, по заключению экспертов, в подавляющем большинстве случаев смерть была предотвратима, что свидетельствует об "утяжелении" контингента госпитализируемых больных, множественности патологических процессов у одного пациента.

В случае предотвратимой смерти среди причин, повлекших ее, ведущие ранговые места занимают: своевременность постановки диагноза (задержка в распознавании основного заболевания) при угрожающих жизни состояниях — 51,2 на 100 проана-

лизированных карт; дефекты в назначении и проведении обследования и дефекты лечебной тактики (в основном несвоевременность) — 49,8 на 100 карт. Также среди причин, обусловивших летальный исход, важную роль играли ошибочность постановки диагноза и невыполнение пациентами врачебных назначений. Данные причины составили более 1/4 на 100 МКСБ.

Другое важное направление в борьбе за увеличение продолжительности жизни населения региона, как показало проведенное исследование, связано с социально обусловленными управляемыми факторами, которые можно устранить мерами профилактики и адекватной медицинской помощи: по классу болезней органов пищеварения это циррозы печени и болезни поджелудочной железы, прежде всего алкогольного генеза. Здесь также большое значение имеет изменение образа жизни населения — устранение вредных привычек (прежде всего сокращение регулярного бытового пьянства) и воспитание установок на здоровый образ жизни. Конечно, заниматься этими вопросами должны не только медицинские работники, но, при их активном участии, все общество на всех ступенях его организации.

Результаты углубленного изучения некоторых факторов, оказывающих непосредственное влияние на смертность населения от болезней органов пищеварения, на основе экспертной оценки МКСБ позволили выделить наиболее благоприятные районы в плане организации и качества оказания помощи на различных этапах ведения стационарных больных с данной патологией: Сандовский, Краснохолмский, Торжокский районы. В число наиболее неблагоприятных попали Молоковский и Кашинский районы.

Таким образом, применение метода экспертных оценок позволило выявить дефекты в оказании медицинской помощи стационарным больным с патологией системы пищеварения и степень их влияния на летальный исход заболевания. Данный метод послужил основой для разработки концептуальных подходов к комплексной программе снижения смертности в регионе (на примере болезней органов пищеварения) с акцентированием внимания на управляемых, поддающихся воздействию факторах, зависящих преимущественно от организации и качества оказания медицинской помощи, и социально обусловленных факторах, связанных с созданием объективных условий для оптимизации образа жизни населения региона.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Организация и качество оказания медицинской помощи сельскому населению Республики Татарстан в 2006 году: Учебно-метод. пособие / Под ред. К. Ш. Зыятдинова, Л. И. Рыбкина. — Казань, 2007.
2. Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения / Под ред. Ю. В. Михайловой, А. Е. Ивановой. — М., 2006.

Поступила 23.01.10

Б. А. Поляков<sup>1</sup>, М. В. Кизеев<sup>2</sup>, Д. Л. Мушников<sup>1</sup>

## ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ КАК ФАКТОР ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ

<sup>1</sup>ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздрава; <sup>2</sup>ЗАО "Санаторий Зеленый городок"

**Б. А. Поляков** — д-р мед. наук, зав. каф. ([adm@isma.ivanovo.ru](mailto:adm@isma.ivanovo.ru)); **М. В. Кизеев** — гл. врач ЗАО "Санаторий Зеленый городок" ([xtvvh@mail.ru](mailto:xtvvh@mail.ru)); **Д. Л. Мушников** — канд. мед. наук, доц. каф. (4932-30-17-66)

*Представлены результаты исследования экономической культуры медицинского учреждения санаторного типа на основе ее компонентов, выделенных по специально разработанной методике. Предложена "Медико-организационная модель повышения экономической культуры учреждения здравоохранения санаторного типа", которая в условиях медико-организационного эксперимента показала свою эффективность.*

Ключевые слова: экономическая культура, санаторная помощь

### THE ECONOMIC CULTURE OF MEDICAL INSTITUTION AS THE FACTOR OF INNOVATIVE DEVELOPMENT

*B.A. Poliakov, M.V. Kizeev, D.A. Mushnikov*

*The article presents the results of study of economic culture of sanatorium type medical institution based on the analysis of its components sorted out with specially developed procedures. The medical organizational pattern of enhancing the economic culture of sanatorium type medical institution was proposed. It's effectiveness was checked in the medical organizational experiment.*

Key words: economic culture, sanatorium care.

Сохранение здоровья населения на современном этапе социально-экономического развития общества в условиях расширения количества платных медицинских услуг требует системного анализа экономических аспектов оказания медицинской помощи с позиций экономической целесообразности и медицинской эффективности [3, 5].

В начале XXI века рост потребностей в медицинской помощи, связанный с постарением населения, научно-техническим прогрессом и растущими ожиданиями пациентов, неизбежно приводит врачей и менеджеров здравоохранения к необходимости рационализации использований ресурсов [2, 9]. Оптимизация расходования средств является всеобщей, мировой проблемой [3—5]. Глобальный экономический кризис, который затронул и Россию, обострил эту проблему, о чем свидетельствуют результаты исследований [1] и неоднократные указания Президента страны Д. А. Медведева и Председателя Правительства В. В. Путина на необходимость энергосбережения, рационального использования финансовых средств. В этом ключевое значение приобретает экономическая культура учреждений здравоохранения [6, 7], под которой мы понимаем уровень организационных условий и технологий, определяющих готовность менеджмента организации, персонала и потребителей услуг к осмысленному, последовательному и постоянному обеспечению экономического благополучия учреждения на пути реализации его миссии за счет ресурсосбережения и внедрения инновационных технологий. В экономической культуре учреждения здравоохранения мы выделяем несколько компонентов: управленческая экономическая культура, культура использования основных фон-

дов, культура энергосбережения, экономическая культура производителей медицинских и иных услуг в условиях учреждения (организации) здравоохранения; экономическая культура потребителей медицинских и иных услуг в условиях учреждения (организации) здравоохранения. В то же время практически отсутствуют работы по комплексному анализу экономической культуры учреждений здравоохранения санаторного типа с позиции антикризисного управления.

В связи с этим целью исследования было на основе анализа состояния экономической культуры санатория разработать предложения по совершенствованию экономического управления данным типом учреждений.

База исследования — ЗАО "Санаторий Зеленый городок", который расположен в 15 км от г. Иваново, в одном из самых экологически чистых мест Ивановской области. Тип санатория — бальнеоклиматический. Оказываются следующие виды санаторно-курортного лечения: лечение больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, нервной системы, органа зрения, гинекологическими заболеваниями, заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, профессиональными заболеваниями, заболеваниями органов дыхания, почек и мочевыводящих путей, заболеваниями детей и подростков; реабилитация беременных женщин групп риска, послеоперационных больных, больных сахарным диабетом. Санаторные корпуса имеют 78 номеров разной степени комфортности и рассчитаны на 115—120 проживающих. Среднесписочная численность работающих в организации за 2008 г. составила 113 человек, в том числе: 6 — административно-управленческий пер-

сонал, 53 — медицинский, 24 — кухонно-столовый, 30 — хозяйственно-обслуживающий.

Программа исследования, проведенного в 2007—2009 гг., предусматривала использование следующих методов: экспертной оценки, математической статистики, экономического анализа, анкетирования, сравнительного анализа.

Управленческую экономическую культуру санатория оценивали по показателям: уровень организации управленческого учета, соотношение фактических затрат с нормативными, годовая динамика показателей валовой и чистой прибыли. Культуру использования основных фондов оценивали по показателям: коэффициент износа оборудования, удельный вес активной части основных фондов, фондовооруженность труда; фондоотдача; фондоемкость, коэффициент ввода основных средств, коэффициент выбытия основных средств. Культуру энергосбережения оценивали по динамике затрат на энергоресурсы в течение 1 года по подразделениям и в целом по учреждению. Медико-экономический анализ проводили с позиций экономической целесообразности затрат и медицинской эффективности согласно Отраслевому стандарту "Клинико-экономические исследования" (ОСТ 91500 14.0001—2002). За методическую основу определения уровня средних (нормативных) затрат взята методика КСГ. Для определения уровня фактических затрат использовали разработанные "Карты затрат", в которых выкопировывали данные о прямых затратах на оказание помощи по конкретному пациенту. Информационной основой для проведения медико-экономического анализа явились финансово-экономические учетно-отчетные документы (плановые источники — сметы, нормативные материалы; сводные бухгалтерские отчеты (формы 1, 2, аналитический отчет); внеучетные источники — рекламации, штрафы, акты ревизий), а также формы медицинской статистической отчетности (формы № 30, 17), из которых выкопировывали данные об использовании основных фондов учреждения, постоянных и переменных издержках, показателях финансовой устойчивости в разрезе подразделений. Для экономической оценки полученных сведений использовали следующие методы медико-экономического анализа: анализ совокупных затрат, "минимизации затрат", "затраты-эффективность". По результатам оценки все случаи оказания санаторной помощи делились на 3 группы: случаи с фактическими затратами, соответствующими нормативным (расчетным); случаи с фактическими затратами, превышающими нормативные и погашаемыми за счет пациента; случаи с затратами, превышающими нормативные, идущими в убыток. По результатам данного этапа определены случаи лечения с максимальным медицинским эффектом при наименьших затратах и выделены 7 видов производственных зон с разным уровнем эффективности.

Экономическую культуру потребителей и производителей медицинских и иных услуг оценивали методом анкетирования по специально составленной анкете и методом фотохронометража рабочего времени и времени пребывания в санатории за 2 нед. Объем статистических совокупностей составил 109 медицинских работников и 455 пациентов.

Эксперт (зам. главного врача санатория по лечебной работе) оценивал результативность сана-

торной помощи по показателям: степень улучшения состояния здоровья пациентов к исходному (общего состояния, лабораторных и функциональных показателей), степень изменения реабилитационного резерва, степень изменения реабилитационного прогноза (без изменения, улучшение (повышение), значительное повышение), изменение медицинской активности пациентов, динамика группы здоровья пациентов.

Накопление, корректировку, обработку и анализ информации проводили с использованием стандартного пакета прикладных компьютерных программ.

Анализ деятельности санатория по итогам 2008 г. показал, что план обслуживания выполнен на 148% (59 560 койко-дней). Анализ объема продаж путевок на санаторное лечение выявил положительную динамику — темп прироста за период с 2006 по 2008 г. составил 5%.

Медико-экономический анализ деятельности санатория показал, что структура выручки от продаж ЗАО "Санаторий Зеленый городок" имеет следующую структуру: 86,6% — продажа путевок, 1% — продажа минеральной воды, 1,2% — платные медицинские услуги, 4,1% — прочие услуги. За последний год установлена положительная динамика выручки организации с 32 644 до 45 894 тыс. руб. (темп роста 40,6%), в том числе выручки от реализации путевок — на 54% (с 25 827 до 39 767 тыс. руб.), платных медицинских услуг — на 107,7% (с 261 до 542 тыс. руб.). Договора на реализацию путевок заключены с 22 туристическими компаниями и агентствами. Коммерческие расходы выросли в 2 раза (с 84 до 178 тыс. руб.), управленческие расходы — с 536 до 840 тыс. руб. Данный факт можно объяснить существенным расширением рынка сбыта санаторно-курортной продукции и оказания платных услуг, а также индивидуальным подходом к каждому клиенту, гибкой ценовой политикой, эффективностью рекламной деятельности.

Вместе с тем установлено, что затраты по всем видам деятельности имели тенденцию к росту в 2006 г. на 12,3%, в 2007 г. на 57%, в 2008 г. на 64%. Валовая прибыль организации снизилась почти вдвое — с 6594 до 3159 тыс. руб., чистая прибыль — с 4622 до 1730 тыс. руб. За анализируемый период убытков, связанных с штрафами, пени и неустойками, признанными судом, не зарегистрировано. Данный факт обусловлен, с одной стороны, повышением цен на энергоносители, топливо, газ, увеличением арендной платы, а также большой изношенностью основных фондов (среднегодовые затраты на текущий ремонт составили 2363 тыс. руб., коэффициент износа оборудования — 55,4%, годности — 44,6%), а с другой — отсутствием четкой программы ресурсосбережения.

В структуре основных средств санатория 40% занимает стоимость зданий, 23% — сооружений, 29% — машин и оборудования, 8% — транспортных средств. Анализ культуры использования основных фондов санатория показал, что коэффициент лицензионной оценки составил 0,88; коэффициент износа оборудования — 0,4; удельный вес активной части основных фондов — 27,6; фондовооруженность труда персонала — 12 872 руб.; фондоотдача — 97,0 руб.; фондоемкость — 99 523 руб. Коэффициент ввода основных средств имел невыраженную положительную динамику — в 2006 г. составил

8,9%, в 2007 г. — 9,1%, в 2008 г. — 9,5%. Коэффициент выбытия основных средств также увеличился — в 2006 г. составил 2,5%, в 2007 г. — 2,9%, в 2008 г. — 3,1%. Чистые активы общества уменьшились за последний год на 535 тыс. руб. Коэффициент эффективности использования коечного фонда составил 0,93.

Установлено, что экономическая и маркетинговая служба санатория не проводит подробного анализа роста затрат, финансового мониторинга и не имеет четкой программы среднесрочного экономического развития учреждения.

Таким образом, установлено, что маркетинговые усилия экономической службы учреждения санаторного типа, направленные на расширение рынка сбыта санаторно-курортной продукции, спектра услуг и оказания платных услуг, обеспечивают рост объемов медицинской деятельности санатория (на 5%) и валовой выручки (на 44%), однако низкая культура ресурсосбережения, использования основных фондов и управленческого учета привела к росту валовых затрат и снижению валовой прибыли.

Проведен анализ экономической культуры пациентов санатория. Среди респондентов 35,4% составили мужчины и 64,6% — женщины. Основной контингент респондентов составили пациенты в возрасте от 30 до 60 лет, доля детей — 6%, лиц пенсионного возраста — 2%. Начальное образование имели 6% пациентов, неполное среднее образование — 7%, среднее — 18%, среднее специальное — 42%, высшее — 27%. Служащие составили 42% опрошенных, рабочие — 24%, предприниматели — 26%, учащиеся — 6%, пенсионеры — 2%. Анализ уровня информированности пациентов о принципах энергосбережения показал, что высокий уровень информированности имеют только 15% опрошенных, средний уровень отмечен у 60% пациентов, низкий — у 25%. Установлено, что доля полезного времени пребывания пациентов в санатории составляет 48,3%. Анализ показал, что структура затрат времени пребывания пациентов в санатории имеет следующий вид: внетехнологические затраты составили 53,4%; консультативно-диагностические мероприятия — 10,6%; лечебно-реабилитационные мероприятия — 37,7%; неиспользованное время — 1,7%. Среди внетехнологических затрат времени основное место занимал сон (85,5%), затем следовали прием пищи (4,8%), гигиенические процедуры (2,6%), вредные привычки (курение) (2,1%), отдых и общение (5%). Среди затрат времени на консультативно-диагностические мероприятия основное место приходилось на общие диагностические мероприятия (28,7%), специальные диагностические процедуры (78%), консультативные осмотры (13,5%). Среди затрат времени на лечебно-реабилитационные мероприятия основную долю составили специальные лечебные процедуры (94,5%), лечебные процедуры по сопутствующей патологии (5,5%). При этом коэффициент нерациональности использования времени пребывания пациента в санатории составил 7,8%.

Проведен анализ экономической культуры медицинского персонала санатория. Большинство (90%) опрошенных были женского пола, наименьшую долю составили медицинские работники в возрасте 30—39 лет (10%), в возрасте 40—49 лет были 30% респондентов, в возрасте 50—59 лет — 30%,

60 лет и старше — также 30%. В зависимости от уровня квалификации медицинские работники распределились следующим образом: 80% имеют высокую квалификацию (первую или высшую квалификационную категорию), однако 20% не имеют категории.

Анализ уровня информированности медицинских работников о принципах ресурсосбережения как части их профессиональной компетентности показал, что высокий уровень информированности имеют только 18% опрошенных, средний уровень отмечен у 67% пациентов, низкий — у 15%.

Проведен анализ по ресурсному фактору "использование рабочего времени". Установлено, что на долю производственных затрат приходится 78,4% рабочего времени персонала, непроектных затрат — 21,6%.

Анализ показателей результативности санаторной помощи за 2008 г. по установленным критериям показал, что в 88,5% случаев достигнут результат, "близкий к оптимальному" (улучшение на 80% и более), в 11,5% случаев — недостаточный. При этом корреляционный анализ в разрезе подразделений выявил прямую сильную связь между уровнем экономической культуры подразделений и клиническим результатом помощи ( $r = +0,76$ ).

Полученные данные позволили определить методологической основой для поиска путей оптимизации управления экономическими издержками системный подход, суть которого отражена в разработанной нами "Медико-организационной модели повышения экономической культуры учреждения здравоохранения санаторного типа", включающей:

I. Повышение уровня управленческой культуры учреждения, совершенствование экономической аналитики путем следующих действий:

А. Внесений дополнений в функциональные обязанности менеджеров санатория по ведению управленческого учета и формированию рабочей группы по проведению медико-экономического анализа в составе: главный экономист, зам. главного врача санатория по лечебной работе, маркетолог, бухгалтер.

Б. Внедрение формы управленческого учета затрат, выделенных как наиболее значимые для достижения эффективности показателей медицинской и экономической деятельности подразделений санатория. При этом для удобства проведения экономического анализа затраты предлагается разделять на следующие группы: 1. а) нормативные (расчетные); б) сверхнормативные; 2. а) прямые; б) накладные; 3. а) затраты на лечебно-оздоровительные мероприятия по основной патологии; б) затраты на лечебно-оздоровительные мероприятия по сопутствующей патологии; в) затраты на диагностические мероприятия по основной патологии; г) затраты на диагностические мероприятия по сопутствующей патологии; д) затраты на проведение культурно-массовых мероприятий; е) затраты на услуги коммунально-бытового характера и управление. Информационной основой для сбора данных для проведения экономического анализа является специально разработанная карта затрат, которую заполняют по каждому случаю реабилитации пациента.

В. Внедрение методики количественной оценки

медико-экономической эффективности деятельности подразделений санатория, включающей:

1. Сбор информации о фактическом состоянии 12 медико-экономических показателей. В качестве нормативных (базовых) показателей затрат берут значения, полученные в ходе исследования по случаям с успешным медицинским и экономическим результатом. Определяется соотношение коэффициентов медицинской, экономической и социальной эффективности.

Оптимальным по данным нашего исследования считается соотношение 2,5:2,2.

2. Сопоставление фактического уровня показателей с нормативными и предыдущего периода, определение отклонений.

3. Выделение 7 видов производственных зон: с оптимальной медико-социальной и высокой экономической эффективностью, с высокой медико-социальной и оптимальной экономической эффективностью, с высокой медико-социальной и экономической эффективностью, с оптимальной медико-социальной и низкой экономической эффективностью, с низкой медико-социальной и оптимальной экономической эффективностью, с низкой медико-социальной и низкой экономической эффективностью, с оптимальной медико-социальной и низкой экономической эффективностью.

Г. Внедрение системы прогноза и коррекции риска снижения медико-экономической эффективности и увеличения издержек с использованием предложенной шкалы количественной оценки. Для управления политическими рисками нарушения медико-экономической эффективности деятельности санатория рекомендуется: выработать внутреннюю политику организации, сформировать благоприятную внешнюю деловую среду (партнеры и т. д.), наладить эффективное взаимодействие с властными структурами и общественными медицинскими организациями.

Для управления юридическими рисками нарушения медико-экономической эффективности деятельности санатория рекомендуется: привлекать для оформления документов специалистов, имеющих практический опыт работы в этой области, планирование и выделение финансовых средств для привлечения высококвалифицированных консультантов.

Для управления техническими рисками нарушения медико-экономической эффективности деятельности санатория рекомендуется: обеспечить получение гарантий от поставщиков о сервисном обслуживании медицинского и иного оборудования, использовать принцип заключения контрактов на строительство, ремонт на условии "под ключ" с санкциями за неувязки и срывы сроков, выделение достаточных финансовых средств для приобретения высококачественного оборудования, страхование технических рисков.

Для управления медицинскими рисками нарушения медико-экономической эффективности деятельности санатория рекомендуется: разработка дизайн-концепции медицинского процесса реабилитации с выделением различного типа программ, дифференцированных на разный уровень запросов пациентов, и разработкой экономически выгодного ассортимента портфеля услуг, внедрение и реализация современных стандартов медицинской деятельности, разработка и использование системы контроля каче-

ства медицинских услуг на разных этапах их оказания, подготовка квалифицированных кадров по целевому принципу, страхование профессиональных рисков, обучение медицинского персонала принципам тайм-менеджмента и эффективного общения.

Для управления социально-психологическими рисками нарушения медико-экономической эффективности деятельности санатория рекомендуется: проводить подбор и обучение кадров, выработать механизм стимулирования работников, разработать эффективный подход к формированию и распределению фонда оплаты труда, совершенствовать систему информированности коллектива.

Для управления маркетинговыми рисками нарушения медико-экономической эффективности деятельности санатория рекомендуются: создание сильной маркетинговой службы, разработка маркетинговой стратегии, разработка и реализация ассортиментной политики и новых технологий, управление по результатам, формирование благоприятного имиджа организации.

Для управления финансовыми рисками нарушения медико-экономической эффективности деятельности санатория рекомендуются: разработка инвестиционно-финансовой стратегии организации с целью попадания в зону прибыльного функционирования, проведение комплекса мер по поиску инвестиционных и кредитных ресурсов.

Д. Разработка и коллегиальное обсуждение экономических сценариев организационного развития учреждения (благоприятного, условно благоприятного, условно неблагоприятного, неблагоприятного), выработка (или корректировка) среднесрочной стратегии и экономической политики учреждения с позиции обеспечения максимальной медико-социально-экономической эффективности.

II. Повышение экономической культуры медицинского и вспомогательного персонала учреждения, включающее: 1) мониторинг состояния экономической культуры кадрового ресурса санатория по предложенной карте оценки; 2) выделение отклоняющихся характеристик персонала; 3) проведение обучения персонала принципам и методам ресурсосбережения в форме лекций и тренингов; 4) повышение экономической мотивации персонала к ресурсосберегающему поведению путем введения дифференцированной системы поощрений и штрафов.

III. Повышение экономической культуры пациентов (потребителей услуг), включающее: 1) мониторинг состояния экономической культуры пациентов санатория по предложенной карте оценки на этапе поступления в санаторий и этапе завершения лечения; 2) выделение отклоняющихся характеристик пациентов на этапе поступления; 3) проведение бесед с пациентами по вопросам бережного отношения к собственности санатория и экономически оправданного поведения; 4) повышение мотивации пациентов к ресурсосберегающему поведению путем введения скидок и бонусов.

Апробация предложенных мероприятий проведена в условиях организационного эксперимента на базе ЗАО "Санатория Зеленый городок" в течение 2009 г. По итогам эксперимента достигнута медико-социальная и экономическая эффективность за счет снижения числа случаев нарушений качества по итогам ЭКМП (на 15,2%), повышения результативности работы учреждения (на 16,7%), снижение экономических потерь (на 18,9%).

Таким образом, материалы исследования позволили оценить состояние экономической культуры санатория, установить возможные резервы, а также разработать комплекс предложений по оптимизации управления издержками санатория на основе повышения управленческой культуры, что можно использовать в учреждениях здравоохранения аналогичного и другого профиля.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев С. Н., Одинцова В. В. // Экономика здравоохранения. — 2008. — № 2. — С. 12–15.
2. Бабенко А. И., Пушкарев О. В. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2007. — № 6. — С. 3–6.
3. Иванов В. В., Богаченко П. В. Медицинский менеджмент. — М., 2007.

4. Кадыров Ф. Н. Экономический анализ и планирование деятельности медицинских учреждений: Прил. к журн. "Здравоохранение". — М., 1999.
5. Лисицын Ю. П., Калмыков А. А., Сенченко А. Ю. // Экономика здравоохранения. — 2005. — № 8. — С. 20–24.
6. Михайлова Л. С. // Сборник науч. трудов "Проблемы городского здравоохранения". — СПб., 1998. — Вып. 3. — С. 149–153.
7. Мушников Д. Л. // Научные исследования: информация, анализ прогноз / Под ред. О. И. Кирикова. — Воронеж, 2008. — Кн. 21. — С. 78–92.
8. Шамигурина Н. Г., Танковский В. Э., Алексеева В. М. // Экономика здравоохранения. — 1997. — № 12. — С. 31–32.
9. Яковлев Е. П., Кудрявцев Ю. Н., Трофимов А. С., Маскулов М. М. // Сборник науч. трудов "Общественное здоровье, управление здравоохранением и подготовка кадров". К 80-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики ММА им. И. М. Сеченова. — М., 2002. — С. 251–254.

Поступила 14.12.09

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010

УДК 614.257

Н. Ю. Алексеева<sup>1</sup>, Г. М. Гайдаров<sup>1</sup>, Л. П. Пчела<sup>2</sup>, С. В. Макаров<sup>1</sup>

### ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К НОВОЙ СИСТЕМЕ ОПЛАТЫ ТРУДА

<sup>1</sup>ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет; <sup>2</sup>МУЗ Городская клиническая больница № 9 Иркутска

**Н. Ю. Алексеева** — канд. мед. наук, доц. (8-3952-20-39-42); **Г. М. Гайдаров** — д-р мед. наук, зав. каф. (8-3952-20-10-82); **Л. П. Пчела** — главврач (8-3952-34-40-13); **С. В. Макаров** — канд. мед. наук, ассистент каф. (8-3952-20-10-82)

*В статье представлены результаты социологического исследования по изучению мнения врачей и средних медицинских работников о внедрении новой системы оплаты труда в федеральном бюджетном учреждении здравоохранения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что медицинский персонал положительно воспринял внедрение новой системы оплаты труда, повысилась его заинтересованность в достижении качественных показателей работы.*

**Ключевые слова:** социология, медицинские работники, оплата труда, заработная плата, новые системы оплаты труда

*N.Yu. Alexeyeva, G.M. Gaidarov, L.P. Pchela, S.V. Makarov*

#### THE ATTITUDE OF HEALTH WORKERS TO THE NEW PAY SYSTEM FOR LABOR

*The paper provides the results of the sociological survey to ascertain the opinions of physicians and paramedical personnel on the introduction of the new pay system for labor in a federal budget institution. The findings indicate that health personnel positively responded to the introduction of the new pay system for labor, their personal interest in achieving the quality indicators of their work has increased.*

**Key words:** sociology, health personnel, the payment for labor, salary, new pay systems for labor.

Начавшийся 1 декабря 2008 г. переход к новой системе оплаты труда (НСОТ) в учреждениях здравоохранения Российской Федерации вызвал закономерный интерес у медицинских работников, которые, будучи знакомы с проблемами здравоохранения изнутри, вполне способны дать квалифицированную оценку происходящим изменениям [1–5].

С целью изучения мнения медицинских работников относительно внедрения НСОТ был проведен социологический опрос среди врачей и среднего медперсонала в клиниках ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет (ИГМУ) Росздрава. Вопросы разработанных анкет имели целью оценить уровень информированности медицинского персонала о НСОТ, выяснить отношение респондентов к НСОТ, внедренной в деятельность клиник ИГМУ, а также выявить ее достоинства и недостатки с точки зрения самих медицинских работников.

Для анкетирования, в котором приняли участие 158 (49,7%) врачей и 160 (50,3%) представителей

среднего медперсонала, использовали специально разработанные анкеты, содержащие 21 и 19 вопросов соответственно.

Анкета как для врачей, так и для среднего медицинского персонала начиналась с вопросов, позволивших нам получить характеристику респондентов, принявших участие в анкетировании, включая их профессиональные, стажевые и квалификационные характеристики.

Согласно полученным данным, среди врачей и среднего медицинского персонала преобладали респонденты в возрастной группе 30–39 лет, наиболее многочисленной среди медицинского персонала клиник ИГМУ. Учитывая, что в анкетировании принял участие почти весь врачебный и средний медицинский персонал учреждения, можно говорить о том, что структура респондентов, фактически соответствующая структуре медицинских кадров клиник, была гармоничной и репрезентативной как для врачей, так и для средних медицинских работников.

Таблица 1

Распределение респондентов (в % к итогу) по длительности стажа работы в учреждениях здравоохранения и в клиниках ИГМУ ( $p \pm 2 m$ )

Стаж, годы	Врачи		Средние медицинские работники	
	в учреждениях здравоохранения	в клиниках ИГМУ	в учреждениях здравоохранения	в клиниках ИГМУ
До 5	32,8 ± 7,5	52,5 ± 7,9	20,7 ± 6,4	38,1 ± 7,7
5—9	22,8 ± 6,7	22,8 ± 6,6	35,6 ± 7,6	25,0 ± 6,8
10—14	12,0 ± 5,2	14,6 ± 5,6	12,5 ± 5,3	11,9 ± 5,1
15—19	5,1 ± 3,5	3,2 ± 1,8	13,1 ± 5,4	10,6 ± 4,9
20—24	18,4 ± 6,2	3,2 ± 1,8	5,6 ± 3,7	3,8 ± 2,0
25—29	5,1 ± 3,5	2,5 ± 0,9	4,4 ± 3,3	3,1 ± 1,6
30 лет и более	3,8 ± 2,0	1,2 ± 0,6	8,1 ± 4,3	7,5 ± 4,2

В табл. 1 представлены данные о распределении принявших участие в анкетировании в зависимости от их медицинского стажа и стажа работы в клиниках ИГМУ.

Как видно из данных табл. 1, структура характеристик стажа врачей существенно отличалась от таковой медсестринского персонала как по длительности работы в учреждениях здравоохранения, так и по длительности стажа в клиниках ИГМУ. Среди как врачей, так и среднего медперсонала преобладали работники с медицинским стажем до 10 лет. Среди врачей к этой группе относились больше половины (55,6%) респондентов, при этом большая часть из них приходилась на молодых специалистов, имеющих медицинский стаж до 5 лет. Среди респондентов со средним медицинским образованием медицинский стаж до 10 лет имели 56,3% лиц, однако большинство из них проработали в системе здравоохранения от 5 до 10 лет. Обращает на себя внимание тот факт, что почти каждый пятый принявший участие в анкетировании врач имел медицинский стаж 20—24 года, относясь к группе профессионалов, имеющих большой опыт работы.

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что в целом структура квалификационных характеристик врачей мало отличалась от таковой средних медицинских работников. Среди принявших участие в анкетировании преобладали специалисты, имевшие высшую квалификационную категорию, что говорит о высоком уровне профессионализма респондентов. В общей сложности доля лиц, имеющих квалификационную категорию, среди врачей была выше, чем у среднего медперсонала (75,4 и 70% соответственно).

Стремление медицинских работников получить квалификационную категорию подкреплялась экономической мотивацией как в случае применения

системы оплаты труда, основанной на ЕТС, так и при переходе на НСОТ. В настоящее время квалификационная категория является по сути единственным массовым документально подтвержденным критерием уровня профессионализма медицинского персонала, что заставляет включать ее в число критериев, от которых зависит уровень оплаты труда медицинских работников. Однако при введении НСОТ роль доплаты за наличие квалификационной категории становится малозначительной по отношению к выплатам стимулирующего характера, размер которых зависит от выполнения более сложных и качественных медицинских услуг, а не от наличия документально подтвержденных критериев профессионализма. По этой причине в ближайшее время скорее всего следует ожидать изменения отношения медицинских работников к процедуре аттестации.

Далее в анкетах следовали вопросы, позволяющие оценить уровень знаний и степень информированности респондентов об оплате труда и ее новой системе, внедренной в клиниках ИГМУ. У нас не было сомнений, что коллектив клиник ознакомлен с фактом перехода учреждения на НСОТ. С этой целью перед ее внедрением в структурных подразделениях клиник были проведены организационные собрания, на которых до сведения работников были доведены основные принципы внедряемой системы, в том числе принцип начисления стимулирующих выплат. Для нас представляло интерес, какой из источников информации стал при этом для респондентов первым. Согласно данным анкетирования, как для врачей, так и для среднего медицинского персонала первым источником информации стало именно организационное собрание (68,4 ± 7,4 и 65,6 ± 7,6% соответственно). Вторым по частоте стало получение информации из средств массовой информации, специальной литературы, сети Интернет (20,3 ± 6,4 и 15,6 ± 5,8%). Третьим источником являлись коллеги (10,1 ± 4,8 и 13,1 ± 5,4%), друзья, знакомые (1,3 ± 0,6 и 5,6 ± 3,7%). При отсутствии различий в структуре информационных приоритетов между врачами и средним медперсоналом можно отметить большую общительность последних, что проявилось указанием на коллег, друзей и знакомых в качестве источника информации в 18,7 ± 6,2% случаев, в то время как врачи называли эти источники лишь в 11,4 ± 5% анкет.

На увеличение заработной платы в результате перехода клиник ИГМУ на НСОТ указали в анкетах 80,4 ± 6,4% врачей и 73,1 ± 7% средних медработников. В качестве величины, на которую при этом возросла оплата труда, врачи и средний медперсонал в среднем указали 21,5 и 17,2% соответственно. Считали, что размер заработной платы ос-

Таблица 2

Распределение респондентов (в % к итогу), ответивших на вопросы о знании структуры и механизма начисления им заработной платы ( $p \pm 2 m$ )

Показатель	Врачи			Средние медицинские работники		
	до и после введения НСОТ	только до введения НСОТ	ни до, ни после введения НСОТ	до и после введения НСОТ	только до введения НСОТ	ни до, ни после введения НСОТ
Знали структуру начисляемой им заработной платы	75,3 ± 6,8	15,8 ± 5,8	8,9 ± 4,6	56,3 ± 7,8	29,4 ± 7,2	14,4 ± 5,6
Понимали механизм начисления им заработной платы	66,5 ± 7,4	19,6 ± 6,2	13,9 ± 5,4	52,5 ± 7,8	33,1 ± 7,4	14,4 ± 5,6

Распределение респондентов (в % к итогу), ответивших на вопросы о знании структуры и механизма начисления им заработной платы ( $p \pm 2 m$ )

Показатель	Врачи			Средние медицинские работники		
	хорошее	приблизительное	не знают	хорошее	приблизительное	не знают
Знание критериев для начисления стимулирующей надбавки:						
при использовании ЕТС	85,4 ± 5,6	8,2 ± 4,4	6,3 ± 3,8	78,1 ± 6,6	14,4 ± 5,6	7,5 ± 4,2
при переходе на НСОТ	57,0 ± 7,8	35,4 ± 7,6	7,6 ± 4,2	47,5 ± 7,8	43,8 ± 7,8	8,8 ± 4,4

тался без изменений 15,8 ± 5,8 и 22,5 ± 6,6% респондентов соответственно. Лишь 3,8 ± 2% врачебного и 4,4 ± 3,3% медсестринского персонала указали в анкетах, что их зарплата снизилась, при этом среднее снижение составило, по мнению врачей, 9,2%, по мнению средних медработников, — 12,9%. Анализ полученных данных позволяет сделать вывод о том, что в целом по учреждению уровень заработной платы повысился. Рассчитав среднюю величину изменения заработной платы, мы получили для врачей значение +20,3%, для средних медработников +15,9%, а в целом для всех медицинских работников +18,1%. Конечно, во многом данное повышение обусловлено увеличением объема бюджетных ассигнований в федеральных бюджетных учреждениях здравоохранения, к которым относятся и клиники ИГМУ, на 30%, начиная с 1 декабря 2008 г. Однако данная величина превосходит рассчитанную нами (14,8%), что свидетельствует о том, что медицинский персонал клиник положительно воспринял внедрение НСОТ, оценивая уровень повышения своей заработной платы выше его реального значения.

Для того чтобы убедиться в правоте сделанных выводов, потребовалось оценить, изменился ли объем должностных обязанностей (имеется ввиду количество ставок) или квалификационная категория респондентов после перехода на НСОТ. С этой целью в анкету был специально включен соответствующий вопрос. На него отрицательно ответили подавляющее большинство и врачей (98,1 ± 0,6%), и средних медицинских работников (96,3 ± 2%).

Результаты ответов на вопросы, касающиеся знания респондентами структуры и механизма начисления им заработной платы до и после перехода на НСОТ, представлены в табл. 2. Как видно из данных табл. 2, врачи имели больше представления

о структуре и механизме начисления им заработной платы — трем из четырех врачей (75,3%) была понятна структура зарплаты и двум из трех (66,5%) — механизм ее начисления как до, так и после перехода клиник на НСОТ. Только чуть более половины среднего медицинского персонала ответили на этот вопрос аналогично. В среднем примерно каждый пятый (19,6%) врач и каждый третий (33,1%) медработник среднего звена еще не успели разобраться в структуре и механизме начисления зарплаты в условиях НСОТ, хотя имели представление об этом в период применения ЕТС. Доля совсем не понимающих эти вопросы либо предъявляющих к своим знаниям слишком высокие критерии оказалась невелика, хотя у средних медработников она достигла 14,4% как в отношении структуры, так и в отношении механизма начисления зарплаты (на оба вопроса отрицательно ответили одни и те же респонденты).

Значительным оказался удельный вес респондентов, осведомленных в величине отдельных элементов заработной платы после перехода на НСОТ. В целом прослеживается более высокий уровень осведомленности врачей относительно всех элементов зарплаты, что является вполне закономерным, свидетельствуя в пользу высшего образования для развития знаний экономического характера и закрепления интереса к ним. Повышенный интерес и у врачей, и у среднего медперсонала вызвали в основном два элемента заработной платы: базовый оклад и выплаты стимулирующего характера, причем последние приближались по своему удельному весу в структуре ответов к первому. Учитывая, что информация о финансовом выражении надбавок стимулирующего характера сложнее, чем о величине базового оклада, это убеждает в важности использования методов материального стиму-

Таблица 4

Структура ответов врачей на вопрос: "Какие критерии, на Ваш взгляд, должны учитываться при начислении стимулирующих выплат и какой на них должен приходиться %, если все стимулирующие выплаты принять за 100%?"

Критерии начисления стимулирующей выплаты	Доля респондентов в %, выбравших данный критерий, $p \pm 2 m$	Средний удельный вес в выплатах стимулирующего характера, %
Наличие и уровень квалификационных характеристик	94,9 ± 3,6	21,1
Стаж работы в данном учреждении	60,1 ± 7,8	12,4
Эффективность профилактической работы	40,5 ± 7,8	12,1
Хорошие результаты лечения	85,4 ± 5,6	26,1
Увеличение объема лечебной нагрузки	63,3 ± 7,6	16,8
Отсутствие жалоб пациентов	72,2 ± 7,2	9,9
Качественное и своевременное заполнение медицинской документации	64,6 ± 7,6	10,5
Отсутствие различных дефектов в работе (кроме заполнения документации)	84,8 ± 5,8	17,0
Положительная оценка работы коллегами	44,9 ± 8,0	6,2
Положительная оценка работы руководством	55,7 ± 8,0	9,2
Результаты работы руководимого подразделения и персонала	45,6 ± 8,0	8,5
Другие (указанные респондентами)	4,4 ± 3,3	12,5



лирования, знанию элементов которого медицинские работники уделяют достаточно большое внимание.

Проследить интерес медицинских работников к использованию методов материального стимулирования помогли вопросы анкеты, касающиеся знания медицинским персоналом критериев, от которых зависела выплата стимулирующей надбавки при использовании ЕТС и стимулирующих выплат после перехода на НСОТ (табл. 3).

Уверенность в хорошем знании критериев, применяемых для начисления стимулирующей надбавки до введения НСОТ, высказало подавляющее большинство участвовавших в анкетировании медицинских работников. Число ответивших так врачей (85,4%) фактически соответствовало числу принимающих механизм начисления заработной платы при использовании ЕТС (86,1%), а с учетом приблизительно знающих эти критерии (8,2%) — даже превосходит эту величину. То же самое наблюдалось и в ответах среднего медперсонала.

Учитывая, что новые критерии для осуществления стимулирующих выплат, разработанные нами как часть НСОТ, существенно отличаются от применявшихся ранее, неудивительно, что удельный вес хорошо ориентирующихся в них респондентов был существенно ниже, чем в предыдущем случае. Данная ситуация еще раз наглядно свидетельствует о действенности методов экономического управления, реализуемых с использованием материального стимулирования, которые заставляют медицинских работников уделять внимание знанию критериев, используемых для оценки качества и эффективности оказываемой ими медицинской помощи, а значит и их обеспечению.

Наиболее информативными стали ответы на вопросы анкеты, в которых мы предложили респондентам выбрать из числа предложенных критериев те, которые, по их мнению, должны учитываться при начислении стимулирующих выплат, и указать долю выплаты, соответствующую каждому из выбранных критериев (если все стимулирующие выплаты принять за 100%). Также респондентам была предоставлена возможность указать свои критерии. Учитывая сложность данного вопроса, мы были готовы к тому, что не все респонденты смогут указать соответствующую выбранным критериям долю.

Так и получилось в 3,8% ответов врачей и 14,4% ответов средних медработников. В этом случае в качестве искомой доли принималось среднее значение, получаемое при делении 100% на количество выбранных респондентом критериев. В табл. 4 и 5 представлены критерии для начисления стимулирующих выплат, удельный вес респондентов, выбравших конкретный критерий и средний удельный вес выплат стимулирующего характера, соответствующих данному критерию.

Как видно из табл. 4, наибольшие предпочтения врачи отдавали таким критериям для начисления стимулирующих выплат, как наличие и уровень квалификационных характеристик, хорошие результаты лечения и отсутствие различных дефектов в работе (кроме заполнения документации). Выбор критерия, занявшего первое место, объясняется тем, что при существующей на сегодняшний день процедуре аттестации врачей получить квалификационную категорию и в последующем ее подтвердить не представляет значительных трудностей. Между тем возможность получать дополнительные средства за сам факт ее наличия, несомненно, является привлекательной для врачей. Однако уже второе и последующие места заняли критерии, соблюдение которых требует каждодневных усилий, что свидетельствует о том, что респонденты сами понимают их необходимость для получения стимулирующих выплат. Последние три места в рейтинге критериев, выбранных респондентами, заняли такие критерии, как результаты работы руководимого подразделения и персонала (данный критерий выбирали преимущественно руководители структурных подразделений), профилактическая работа (скорее всего на мнение респондентов повлияла сложность практической реализации оценки данного критерия) и дополнительный критерий, предложенный самими респондентами, которым стала хирургическая активность, указанная в качестве критерия в 4,4% случаев (ее выбирали исключительно врачи хирургических специальностей). Незначительный удельный вес респондентов, указавших собственный критерий для начисления стимулирующих выплат, свидетельствует об исчерпывающем характере критериев, предложенных нами. По сути указанный респондентами критерий являлся аналогом уже имевшегося среди предложен-

Таблица 5

**Структура ответов среднего медперсонала на вопрос: "Какие критерии, на Ваш взгляд, должны учитываться при начислении стимулирующих выплат и какой на них должен приходиться %, если все стимулирующие выплаты принять за 100%?"**

Критерий начисления стимулирующей выплаты	Доля респондентов (в %), выбравших данный критерий, $p \pm 2m$	Средний удельный вес в выплатах стимулирующего характера, %
Наличие и уровень квалификационных характеристик	84,4 ± 5,8	25,3
Стаж работы в данном учреждении	71,3 ± 7,2	15,9
Соблюдение стандартов сестринской деятельности	72,5 ± 7,0	13,1
Своевременное и качественное выполнение врачебных назначений	75,0 ± 6,8	17,9
Отсутствие осложнений после медицинских манипуляций	62,5 ± 7,5	11,7
Соблюдение санитарно-эпидемического режима	71,9 ± 7,2	10,9
Соблюдение принципов этики и деонтологии	65,6 ± 7,6	11,2
Увеличение объема нагрузки	69,4 ± 7,2	17,6
Отсутствие жалоб пациентов	40,6 ± 7,8	7,6
Качественное и своевременное заполнение медицинской документации	50,0 ± 8,0	9,5
Отсутствие различных дефектов в работе (кроме заполнения документации)	46,9 ± 7,8	8,7
Положительная оценка работы коллегами	28,1 ± 7,2	7,1
Положительная оценка работы руководством	34,4 ± 7,6	8,1
Другие (указанные респондентами)	—	—

**Структура ответов респондентов (в % к итогу) на вопрос:  
"Изменилась ли Ваша заинтересованность в достижении  
качественных показателей работы после перехода на новую  
систему оплаты труда?"**

Заинтересованность в достижении качественных показателей работы после перехода на НСОТ	Врачи	Средние медицинские работники
Существенно повысилась	15,8 ± 5,8	11,9 ± 2,6
Незначительно повысилась	10,8 ± 5,0	9,4 ± 2,3
Не изменилась, так как всегда была высокой	72,8 ± 7,0	76,9 ± 3,3
Не изменилась и осталась низкой	—	1,2 ± 0,6
Снизилась	0,6 ± 0,3	0,6 ± 0,3

ных, но при этом более универсального критерия "увеличение объема лечебной нагрузки" (разумеется, чтобы иметь возможность провести анкетирование среди максимально возможного числа респондентов, критерии должны были иметь универсальный характер).

Средний удельный вес в структуре выплат стимулирующего характера был максимальным у тех же самых критериев, что и в предыдущем случае, вплоть до третьего рангового места, с той лишь разницей, что критерий "хорошие результаты лечения" вышел на первое место, обойдя критерий "наличие и уровень квалификационных характеристик" (по мнению респондентов, в структуре выплат стимулирующего характера на них должно приходиться 26,1 и 21,1% соответственно). Четвертое место занял критерий "увеличение объема лечебной нагрузки", последние места — следующие критерии: положительная оценка работы руководством (респонденты скорее всего опасались предвзятого подхода), результаты работы руководимого подразделения и персонала (руководители структурных подразделений сомневались в возможностях руководимых ими коллективов) и положительная оценка работы коллегами ("круговая порука" оказалась менее вероятной, чем опасение зависимости от коллег).

В табл. 5 представлены результаты ответов среднего медперсонала. Первые места принадлежат следующим критериям начисления стимулирующих выплат: наличие и уровень квалификационных характеристик (мотивы выбора те же, что и у врачей), своевременное и качественное выполнение врачебных назначений и соблюдение стандартов сестринской деятельности (конструктивный выбор). Последние места принадлежали критериям: отсутствие жалоб пациентов (средний медицинский персонал традиционно предвзято относится к данному критерию в силу специфики своей деятельности — большего по объему, нежели у врачей, непосредственного общения с пациентами), положительная оценка работы руководством и коллегами (мотивы также соответствовали таковым у врачебного персонала). Характерным стал тот факт, что свои критерии не предложил ни один респондент из числа средних медработников.

Наибольший по величине удельный вес стимулирующих выплат средний медицинский персонал пожелал получать за те же критерии, которые выбирались им наиболее часто — наличие и уровень квалификационных характеристик, своевременное и качественное выполнение врачебных назначений. На третьем месте по величине выплат медпер-

сонал хотел бы видеть увеличенную нагрузку, за которую полагается материальное стимулирование. Последние места в данном рейтинге принадлежат наименее выбираемым сестринским персоналом критериям — отсутствию жалоб со стороны пациентов и оценке работы коллегами.

Следующий вопрос анкеты был направлен на то, чтобы оценить изменение заинтересованности медицинских работников клиник ИГМУ в достижении качественных показателей работы после перехода на НСОТ (табл. 6).

Как видно из табл. 6, большинство респондентов среди как врачей, так и медсестринского персонала отмечают, что их заинтересованность в достижении качественных показателей работы после перехода на НСОТ не изменилась в связи с тем, что была высокой всегда. Однако 26,6% врачей и 21,3% средних медработников указали в анкетах, что с переходом на НСОТ их заинтересованность в обеспечении качества медицинской помощи возросла. Факт снижения данной заинтересованности отметили в анкетах по одному респонденту (по 0,6%) из врачей и среднего медперсонала. Два представителя среднего медперсонала (1,3%) выбрали в анкетах вариант "не изменилась и осталась низкой".

В ответе на вопрос: "От чего, по Вашему мнению, в большей степени зависит качество Вашей работы?" — большая часть респондентов (65,2 ± 7,6% врачей и 80 ± 6,4% медработников среднего звена) указали на наличие четких критериев, определяющих размер заработной платы, в то время как абсолютную ее величину выбрали только 34,8 ± 7,6% врачей и 20 ± 6,4% среднего медперсонала. Полученные ответы свидетельствуют о том, что выбор и закрепление критериев, от которых зависит размер оплаты труда, является для медицинских работников настолько важным, что они готовы пожертвовать ради них абсолютной величиной своей заработной платы.

Таким образом, результаты проведенного социологического исследования по изучению мнения врачей и среднего медицинского персонала клиник ИГМУ показали, что медицинский персонал положительно воспринял внедрение НСОТ, оценивая уровень повышения своей заработной платы выше его реального значения. Соотношение гарантированных и стимулирующих выплат, предложенное врачами и средним медперсоналом, а также критерии для начисления стимулирующих выплат соответствуют таковым в НСОТ, внедренной в клиниках ИГМУ. Заинтересованность в достижении качественных показателей работы после перехода на НСОТ осталась на высоком уровне. При этом большая часть респондентов считают, что качество их работы в большей степени зависит от наличия четких критериев, определяющих размер заработной платы, чем от ее абсолютной величины, что свидетельствует о том, что выбор в пользу НСОТ, предоставляющей более широкие возможности для материального стимулирования, является обоснованным.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гайдаров Г. М., Ростовцева Н. Ю. // Бюл. Нац. НИИ обществ. здоровья РАМН: Материалы науч.-практ. конф. — 2004. — Вып. 4. — С. 33—38.
2. Гулиева С. Р. // Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 8. — С. 14—19.

3. Кадыров Ф. Н. // Менеджер здравоохранения. — 2008. — № 9. — С. 66—71.  
 4. Комаров Р. Н., Комаров Н. В. // Пробл. управл. здравоохранения. — 2005. — № 3. — С. 85—88.

5. Шепин В. О., Ларионов Ю. К., Гехт И. А. // Пробл. соц. гиги., здравоохранения и истории медицины. — 2008. — № 1. — С. 8—11.

Поступила 25.08.09

© С. А. Магомедова, И. Е. Единарова, 2010

УДК 614.2:616-083.98(470.67)

С. А. Магомедова<sup>1</sup>, И. Е. Единарова<sup>2</sup>

## ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

<sup>1</sup>Дагестанский государственный университет, Махачкала; <sup>2</sup>Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

С. А. Магомедова — канд. мед. наук, науч. сопр. (msaika@yandex.ru), И. Е. Единарова — науч. сопр. (arina1978@inbox.ru).

*Представлен анализ организации службы скорой медицинской помощи (СМП) в Республике Дагестан. Анализ данных официальной санитарной статистики по республике показал, что начиная с 2005 г. и по настоящее время имеет место непрерывный рост обращений населения как по республике в целом, так и в городской среде за этим видом медицинских услуг. Рост обращаемости среди городского населения существенно выше, чем по республике. Такая специфическая особенность может находить объяснение в том, что сельские районы республики продолжают существенно отставать в обеспеченности основными видами медицинской помощи. По данным официальной статистики, в 2005 г. разница по обращаемости между городом и селом составила 133, в 2006 г. — 128, в 2007 г. — 115, а в 2008 г. — 102 на 1000 населения. В структуре вызовов бригад СМП как к городскому, так и к сельскому населению преобладают внезапные заболевания. Доля вызовов к хроническим больным имеет четкую тенденцию к снижению как среди городского, так и среди сельского населения. Отмеченные тенденции требуют коррекции организации работы СМП в сельских районах, включая интенсивное укрепление материально-технической и кадровой базы сельских подстанций СМП. Предлагается своевременно рассмотреть вопрос о необходимости создания в республике круглосуточного единого консультативного пульта СМП для консультаций по телефону бригад СМП, работников участковых больниц, фельдшерско-акушерских пунктов, врачей общей практики.*

Ключевые слова: скорая медицинская помощь, рождаемость, смертность, обращаемость

### THE CHARACTERISTICS OF THE ORGANIZATION OF EMERGENCY MEDICAL CARE IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN

S.A. Magomedova, I.E. Edinarova

*The analysis is presented relating the organization of emergency medical care in the Republic of Dagestan. The analysis of official statistic data revealed that from 2005 and until the present time there is a sustained increase of resorting to this form of service by the population both in the republic in general and in urban areas. The increase of appealability among urban population is significantly higher than in the republic. This characteristic trait can be explained by the fact that the rural areas of the Republic continue to significantly lag behind in the provision with main types of medical services. According the official statistic data, in 2005 the difference in appealability between urban and rural areas consisted 133, in 2006 ? 128, in 2007 ? 115, in 2008 ? 102 per 1000 of population. In the structure of emergency calls from rural and urban population the cases of sudden diseases. The portion of emergency calls by chronic patients has a clear tendency to decrease both among rural and urban population. The mentioned trends need the adjustment of organization of emergency medical care in rural areas, including intensive development of material technical and manpower of rural substations of emergency medical care. It is timely to consider the issue of development in the Republic of Dagestan the twenty-four-hour integrated consultative control board of emergency medical care to advice by phone the medical emergency teams, the personnel of district hospitals and feldsher obstetrician stations and general practitioners.*

Key words: medical emergency care, birth rate, mortality, appealability.

В Республике Дагестан служба скорой медицинской помощи (СМП) является одним из важнейших звеньев системы медико-санитарной помощи населению как в городских условиях, так и в сельских районах. Анализ данных официальной санитарной статистики по республике показал, что начиная с 2005 г. и по настоящее время имеет место непрерывный рост обращений населения — как по республике в целом, так и в городской среде за этим видом медицинских услуг (табл. 1).

Обращает на себя внимание следующая характерная тенденция: рост обращаемости среди городского населения существенно выше, чем в целом по республике. Такая особенность может находить объяснение в том, что сельские районы республики продолжают существенно отставать как в обеспеченности основными видами медицинской помощи и медицинскими технологиями,

так и в развитии инфраструктуры на этих территориях.

Анализ выявил четкий прирост обращаемости в сельских районах. Такая тенденция, возможно, объясняется ростом среди сельского населения осознания возможности получения качественной экстренной медицинской помощи. С другой сторо-

Таблица 1

Обращаемость населения Республики Дагестан за СМП в 2005—2008 гг.

Территория	Обращаемость на 1000 населения			
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Город	260	267	283	285
Сельские районы	127	139	168	183
Республика Дагестан	183	192	216	226

Таблица 2

**Количество выполненных бригадами СМП вызовов в Республике Дагестан за 2005—2008 гг. (абсолютные показатели)**

Территория	Количество выполненных вызовов			
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Город	277 613	285 247	303 847	308 302
Сельские районы	175 864	196 906	241 301	270 797
Республика Дагестан	453 477	482 153	545 148	579 099

Таблица 3

**Рождаемость в Республике Дагестан в 2005—2008 гг. (абсолютные показатели)**

Территория	Показатели рождаемости			
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Город	16 374	16 267	18 190	19 992
Сельские районы	24 492	24 451	27 731	30 138
Республика Дагестан	40 867	40 418	45 921	50 130

ны, на территории республики происходит рост распространенности сердечно-сосудистой патологии, которая является одной из основных причин вызовов бригады СМП именно на селе. Так, по данным официальной статистики, в 2005 г. разница по обращаемости между городом и селом составила 133, в 2006 г. — 128, в 2007 г. — 115, а в 2008 г. — 102 на 1000 населения.

При этом на фоне роста обращаемости отмечается существенное увеличение общего количества вызовов, которые выполняли бригады СМП в Республике Дагестан (табл. 2). Выявленная тенденция преобладания роста обращаемости сельского населения по сравнению с городским более заметна на примере выполненных вызовов.

Сближение показателей обращаемости сельского и городского населения за СМП выявляет тенденцию в общей структуре обращения населения Республики Дагестан за СМП. Эти изменения закономерны на фоне роста рождаемости, большей частью выраженной именно за счет сельских районов (табл. 3).

Отставание рождаемости в городах по сравнению с селом скачкообразно увеличилось в 2007 г., что можно объяснить реакцией населения на введение "материнского капитала". В городах проживает более обеспеченная часть общества, традиционно в городских семьях меньше детей, поэтому реакция на комплекс мер по улучшению демографической ситуации оказалась существенно менее выраженной, чем на селе.

На фоне относительной стабилизации показателя смертности в городах отмечаются существенно

Таблица 5

**Сводные данные по вызовам бригад СМП к хроническим больным и в случае внезапного заболевания в Республике Дагестан за 2005—2008 гг.**

Территория	% вызовов						
	в случае внезапного заболевания				к хроническим больным		
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Город	84,4	85,4	85,4	85,0	14,9	14,9	13,7
Сельские районы	82,6	81,5	82,7	83,3	11,3	9,9	9,7
Республика Дагестан	83,7	83,8	84,2	84,2	13,4	12,7	11,8

более высокие его значения. Структура смертности в городе и на селе принципиальных различий не имеет — главной причиной смертности являются болезни органов кровообращения. В то же время отмечается различие по вторичным причинам смерти населения. На селе в структуре смертности преобладают болезни органов дыхания, а в городах — новообразования.

В национальном проекте "Здоровье" большое значение придается решению проблем материнства. В структуре смертности причины смерти, связанные с кластером "О" имеют особое значение. Фактически этот показатель (вместе со смертностью от заболеваний органов кровообращения) отражает не только уровень акушерской (или кардиологической) помощи в регионе, но и готовность учреждений к оказанию экстренной помощи.

Вне акушерско-гинекологических учреждений чаще всего с этой патологией сталкиваются бригады СМП. Таким образом, этот показатель вместе со смертностью от заболеваний органов кровообращения хотя и косвенно, но характеризует возможности бригад СМП, поскольку включает в себя не только материально-техническую базу (инструментарий, родовые пакеты, инфузионные среды, фармакологические препараты, направленные на сокращение матки и т. д.), но и фактический уровень подготовки персонала, а также адекватность организационных технологий, применяемых службой СМП в регионе (технология определения срочности вызова, поиск бригады для выполнения вызова, стандартизация, возможность консультаций).

В структуре смертности причины смерти, связанные с кластером "О" МКБ-10 (беременность, роды и послеродовой период), занимают сотые доли процента, но их динамика также специфична как для города, так и для села (табл. 4).

В структуре вызовов бригад СМП как к городскому, так и к сельскому населению преобладают

Таблица 4

**Динамика показателей смерти при беременности, родах и в послеродовом периоде в городах (Г) и сельских районах (С) Республики Дагестан за 2005—2008 гг.**

Показатель	2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.	
	Г	С	Г	С	Г	С	Г	С
Смертность при беременности, родах и в послеродовом периоде (O00-O99)								
абс.	4	5	5	8	3	12	5	8
%	0,075686	0,055673	0,08752	0,083972	0,056721	0,01264	0,08752	0,083972
Итого...	5285	8981	5713	9527	5289	9494	5713	9527

внезапные заболевания. При этом отмечается рост вызовов в этой категории в сельских районах. В городах наметилась тенденция к снижению. В то же время доля вызовов к хроническим больным имеет четкую тенденцию к снижению как среди городского, так и среди сельского населения (табл. 5).

Анализ выявил в сельских районах рост обращаемости населения за СМП, увеличение числа выполненных бригадами СМП вызовов, преобладание рождаемости и смертности по сравнению с городами, высокий уровень причин смерти, связанных с заболеваниями органов кровообращения и органов дыхания, и возврат показателей смертности, связанных с беременностью, родами и по-

слеродовым периодом, на позиции 2006 г. (начало национального проекта "Здоровье").

Отмеченные тенденции требуют коррекции организации работы СМП в сельских районах, включая интенсивное укрепление материально-технической и кадровой базы сельских подстанций СМП. Представляется своевременным рассмотрение вопроса о необходимости создания в республике круглосуточного единого консультативного пульта СМП для консультаций по телефону бригад СМП, работников участковых больниц, фельдшерско-акушерских пунктов, врачей общей практики.

Поступила 25.02.10

© В. Е. ГОЛИКОВ, Н. И. СЛЕПЫХ, 2010

УДК 614.2:617-089.5

В. Е. Голиков, Н. И. Слепых

## ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ТЕРРИТОРИЯХ С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ РАССЕЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ

**В. Е. Голиков** — ассистент каф. (3532-35-84-90); **Н. И. Слепых** — д-р мед. наук, проф. каф. (3532-77-24-59).

*Приводятся данные анализа результатов социологического и экспертного опросов врачей хирургического профиля и анестезиологов-реаниматологов. Использован метод Дельфи, что позволило определить количественную степень взаимоотношений определенных свойств (элементов) в деятельности анестезиологической службы. Отмечена актуальность таких исследований в связи с серьезными проблемами в анестезиологической помощи в территориях с низкой плотностью расселения населения, которые необходимо решать при совершенствовании ее деятельности.*

Ключевые слова: анестезиологическая служба, административный район, критерии оценки

### THE CHARACTERISTICS OF ANAESTHESIOLOGIC SERVICE IN TERRITORIES WITH LOW DENSITY OF POPULATION SETTLEMENT

V.E. Golikov, N.I. Slepых

*The data of the study of sociological and expertise survey of physicians of surgery profile and anaesthesiologists-reanimators is presented. The Delphi technique was applied to determine the qualitative degree of interrelationship of elements? characteristics in the functioning of the anaesthesiologic service. These studies are topical because of serious issues of anaesthesiologic service in the territories with lower density of population settlement to be resolved through the enhancement of its overall functioning.*

Key words: anaesthesiologic service, administrative district, evaluation criteria

С целью повышения качества и оценки медицинской эффективности работы клинических подразделений лечебно-профилактических учреждений в последние 10 лет проведены глубокие исследования и достигнуты конкретные результаты [2, 12]. В то же время исследования деятельности и результативности анестезиологической службы в центральных районных больницах (ЦРБ), особенно в сельских районах на территориях с низкой плотностью расселения населения и в малых городах, до настоящего времени не были предметом самостоятельного изучения [5, 10]. Вследствие этого дальнейшее совершенствование данного вида медицинской деятельности ограничивается разработанными в 70—80-х годах прошлого века положениями и нормативными документами [6], хотя значение и роль анестезиологической службы в практическом здравоохранении постоянно возрастают. Известно, что анестезиологическая служба в ЦРБ является самой дорогостоящей, так как используется специальная аппаратура, требующая постоянного технического контроля и обновления, воспол-

нения расходных материалов, имеется необходимость приобретения, как правило, импортных лекарственных препаратов. До настоящего времени не решена проблема подготовки кадров и их укомплектованности, не разработаны единые медико-экономические стандарты, обеспечивающие безопасность анестезиологического пособия, сохраняется сложность организации службы на муниципальном уровне [4, 11].

В качестве методики решения проблемы повышения качества в анестезиологии заслуживает внимание оценка медицинской помощи по данным статистической отчетности лечебно-профилактического учреждения [3], которая основана на информации: медицинской технологической, медицинской управленческой, статистической и экономической. Предложенная авторами методика создает условия для разработки специфических критериев и модуля для оценки анестезиологической службы на региональном уровне, тем более что в практической работе встречаются значительные трудности в подборе оцениваемых элементов в соответствии со специфи-

кой данной службы, а в литературе не публикуются сведения о научном подходе и принципах определения этих элементов (свойств).

Целью настоящей работы явилась разработка показателей (критериев) деятельности анестезио-

логической службы в территориях с низкой плотностью расселения населения.

Базой исследования явились анестезиологические службы в 14 ЦРБ Оренбургской области.

Выбранные нами сельские административные

Таблица 1

**Критерии (модуль) оценки работы анестезиологической службы в сельских ЛПУ**

Но-мер	Наименование	Показатель	Величина показателя
1	Медицинский персонал (укомплектованность физическими лицами)	Врачи	65,7%
		Медсестры	95,8%
2	Материально-техническое обеспечение	Укомплектованность оборудованием в соответствии с лицензионными требованиями	91,6%
			8,4% — гарантированная доукомплектованность*
3	Наличие набора лекарственных средств	В соответствии со стандартом технологии анестезиологического пособия	93%
4	Лабораторная служба	Проведение лабораторного обследования плановых больных	100%
		Проведение круглосуточного лабораторного обследования неотложных больных	84,2%
5	Объем клинических и клинико-биохимических лабораторных исследований	Общеклинические:	
		в том числе	100%
		биохимические	100%
		электролиты	45,4%
		газы крови $p_aCO_2$	4%
6	Степень анестезиолого-операционного риска оперированных больных	I	20,1%
		II	35,7%
		III	33,8%
		IV	8,1%
		V	2,3%
7	Структура анестезиологических пособий	Внутривенная	52,2%
		Местная + внутривенная	5,5%
		Эндотрахеальный наркоз	19,8%
		Спинальная анестезия, эпидуральная анестезия	8,5%
		ТВВА с ИВЛ эндотрахеальным способом	11,9%
		ПНС	0,6%
		Масочный наркоз	1,5%
8	Время, затрачиваемое на подготовку к общей анестезии экстренных больных, если таковая не усугубляет их состояния		18,1 мин
9	Мониторный контроль жизненно важных функций больных в соответствии с тяжестью состояния по 3-балльной шкале	Клинический	
		1 балл	100,00%
		2 балла	100,00%
		3 балла	100,00%
		Инструментальный	
		1 балл	80,00%
		2 балла	91,61%
		3 балла	85,49%
		Лабораторный	
		1 балл	100,00%
		2 балла	99,82%
		3 балла	100,00%
10	Тяжесть анестезиологических осложнений	Группа А, В1	8,9%
		Группа В2	5,2%
11	Нагрузка на 1 врача, исчисляемая количеством анестезиологических пособий		396,3
12	Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима	Количество квадратных метров на 1 койку	11,03
		Биологические маркеры (в % положительных проб)	20,9%
		Наличие абактериальных фильтров	23,08%
		Процент охвата медосмотрами персонала	100,00%
		Укомплектованность обеззараживающей аппаратурой (по перечню)	87%
13	Анестезиологическая активность	Отношение числа операций с участием анестезиолога к общему числу операций в ЦРБ	93,2%
14	Степень тяжести состояния больных в ОРИТ по 3-балльной системе оценки тяжести	1 балл	24,7%
		2 балла	62,5%
		3 балла	12,8%
15	Использование формализованных карт обследования и наблюдения		100%

Примечание. \* — подтверждается документацией и счетом-фактурой о приобретении оборудования.

районы расположены в трех территориальных зонах области. Территории с низкой плотностью расселения населения характеризуются большими расстояниями между населенными пунктами и радиусом до 80 км в административном районе. Как правило, они расположены в 50—200 км от областных и межрайонных лечебно-профилактических учреждений при наличии сети дорог с различным качеством покрытия и слаборазвитой базой общественного транспорта. Административные районы невелики по численности населения. На площади 47,6 тыс. км<sup>2</sup>, которую они занимают, численность населения на 01.01.05 составляла 394,6 тыс. человек. Из 14 районов 5 превышают тысячный барьер, еще 5 районов имеют число жителей свыше 25 тыс. человек. Плотность расселения составляет 8,2 человека на 1 км и менее с аналогичной возрастно-половой структурой сельского населения Оренбургской области. Равные условия совершенствования анестезиологической службы в ЦРБ были созданы на основе приказа Главного управления здравоохранения Оренбургской области от 20.10.2000 № 554, в котором утверждена долгосрочная программа развития анестезиологической помощи в области. В программу включены 4 раздела: кадровое обеспечение, развитие материально-технической базы, методическое обеспечение, единые стандарты обследования пациентов и наблюдения при проведении анестезии и интенсивной терапии. Для уточнения приоритетных направлений деятельности анестезиологической службы и разработки критериев ее оценки проведены социологическое и экспертное исследования.

В рамках социологического опроса были проанкетированы 102 врача различного профиля, работающих в ЦРБ (общих хирургов, оториноларингологов, травматологов, акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов). Респондентам предлагалось оценить степень важности свойств (элементов) деятельности анестезиологической службы, включающих:

— доступность анестезиологической помощи населению;

— специфические свойства анестезиологической помощи;

— уровень материально-технического и лекарственного обеспечения анестезиологической службы;

— оценку безопасности анестезиологического пособия, интенсивной терапии и реанимации для пациентов;

— формальные признаки анестезиологической службы (квалификацию анестезиологов-реаниматологов, психологическую совместимость их с врачами хирургического профиля).

На основе этого были выделены несколько блоков свойств, состоящих из взаимосвязанных кардинальных элементов [12], определяющих, по нашему мнению, детерминирующее влияние на характер и результаты производственной деятельности анестезиологической службы в условиях ЦРБ. С использованием этих элементов проведено экспертное исследование на основе квалитметрии — методом Дельфи. Опрос 108 врачей по 4 специальностям: общих хирургов, акушеров-гинекологов, травматологов, анестезиологов-реаниматологов (по 27) был проведен в 3 тура с интервалами между турами 35—40 дней, с изменением порядка, некоторой детализацией и уточнением вопросов в анкете. Количественной оценке подлежали характеристики, отражающие доступность данного вида медицинской помощи для сельских жителей, специфические и формальные свойства службы, значение обеспеченности ее лекарственными препаратами и специальной аппаратурой, безопасность анестезиологического обеспечения. Всего использовано 324 анкеты. Коэффициент весомости каждого свойства оценивался специалистами, выступающими в роли экспертов, и выражен в виде среднеарифметических величин, а значения коэффициентов вариации — в процентах.

Социологический и экспертный опросы позволили определить формализованные показатели для оценки мероприятий по оптимизации анестезиологической помощи в ЦРБ, что соответствует рекомендации авторов [8] в отношении принципов

Таблица 2

Степень важности свойств (элементов) деятельности анестезиологической службы

Число элементов в оценке анестезиологической службы	Наименование элемента (критерия)	Весомость показателя, %
1	Какое значение придает определению параметров жизненно важных органов, контролируемых во время проведения операции под общим обезболиванием?	21,4
2	Какую роль придает обеспеченности ЛПУ аппаратурой для проведения общей анестезии?	16,4
3	Как оцениваете значение квалификационной категории у анестезиологов-реаниматологов, оказывающих анестезиологическое пособие?	11,5
4	Уверены ли Вы в наличии полного набора лекарственных препаратов для проведения наркоза и интенсивной терапии во время операции в Вашем ЛПУ?	10,4
5	Считаете ли необходимым наблюдение до суток анестезиологом-реаниматологом больных после наркоза?	9,2
6	Какое значение придает состоянию психологической совместимости анестезиологов-реаниматологов с врачами хирургического профиля?	9,0
7	Возможность проведения лабораторного и функционального обследования экстренных больных перед общей анестезией и операцией в лечебном учреждении	7,8
8	Имеет ли для Вас значение совместная оценка (лечащего врача и анестезиолога) степени анестезиолого-операционного риска перед оперативным вмешательством?	6,3
9	Как оцениваете значение системы учета анестезиологических осложнений в их профилактике?	4,2
10	Наличие случаев отказа в проведении анестезиологических пособий Вашим больным со стороны анестезиолога	3,8
Итого...		100

разработки критериев качества работы анестезиолого-реанимационной службы. Всего определено 15 критериев (табл. 1), всесторонне охватывающих деятельность анестезиологической службы. Величины этих показателей разработаны на основе оценки сведений из источников литературы отечественных авторов [7], аналитического материала и использования информации главных внештатных анестезиологов-реаниматологов и заведующих отделениями отделений реанимации и интенсивной терапии ЦРБ Оренбургской области за 2005—2007 гг.

Как и следовало ожидать, роль определения параметров жизненно важных органов, контролируемых во время проведения операции под общим обезболиванием, явилась для большинства специалистов ЦРБ решающей. Если все изучаемые свойства функционирования анестезиологической службы принять за 100%, то на долю значения контроля параметров жизненно важных органов во время проведения операции под общим обезболиванием приходится 21,4% (табл. 2).

Обеспеченность ЛПУ аппаратурой для проведения общей анестезии по значимости респондентами поставлена на 2-е место (16,4%). Высоко оценивали наличие квалификационной категории у анестезиологов-реаниматологов, оказывающих анестезиологическое пособие. Вероятно, это связано с пониманием сложности подготовки специалистов данного профиля и значительной требовательности областной аттестационной комиссии при оценке специалистов на присвоение квалификационной категории. Также достаточно высоко врачи оценили значение обеспеченности анестезиологической службы лекарственными препаратами (10,4%) и необходимость наблюдения до суток ане-

стезиологом-реаниматологом больных после наркоза (9,2%). Несколько ниже оценивали значение состояния психологической совместимости анестезиологов-реаниматологов с врачами хирургического профиля и возможность проведения лабораторного и функционального обследования экстренных больных перед общей анестезией и операцией в лечебном учреждении. Невысоко оценили респонденты значение совместной оценки (лечащего врача и анестезиолога) степени анестезиолого-операционного риска перед оперативным вмешательством. Небольшое значение придали опрашиваемые врачи системе учета анестезиологических осложнений, что, возможно, связано с их недостаточной информированностью или отсутствием данной работы в ЛПУ.

Крайне низкие оценки выставлены факту отказа в проведении анестезиологических пособий больным со стороны анестезиолога, что, вероятно, связано с отсутствием у респондентов проблем в данном вопросе.

Таким образом, социологическое исследование подтверждает, что безопасная защита больного от операционной травмы является основополагающим фактором в организации и проведении анестезиологического пособия, что является основным принципом деятельности данной службы [9].

Экспертная оценка свойств работы анестезиологической службы свидетельствует (табл. 3), что наибольшее значение имеет определение параметров состояния жизненно важных органов, контролируемых во время проведения операции под общим обезболиванием, которое повышало свой рейтинг в течение всего периода исследования от 10,3 в 1-м туре до 11,9 в 3-м.

Таблица 3

Экспертная оценка хирургами коэффициентов весомости критериев деятельности анестезиологической службы

Тур	Наименование	Доступность анестезиологической помощи населению		Уровень лекарственного и материального обеспечения анестезиологической службы		Специфические свойства анестезиологической помощи				Безопасность анестезиологического обеспечения, интенсивной терапии и реанимации		Формальные признаки анестезиологической службы	
		Были ли случаи отказа в проведении анестезиологического пособия?	Уверенность в наличии всех видов общей и регионарной анестезии в арсенале анестезиологов	Наличие полного набора лекарственных препаратов для проведения наркоза и интенсивной терапии во время операции	Значение технического оснащения в проведении анестезиологического пособия	Имеет ли для Вас значение совместное с анестезиологом обсуждение степени анестезиолого-операционного риска перед оперативным вмешательством?	Какое значение придает адаптации врачей и медсестер-анестезистов к условиям деятельности анестезиологической службы?	Роль системы учета анестезиологических осложнений в их профилактике	Необходимость наблюдения за больными до суток после анестезиологического пособия специалистами анестезиолога-реаниматологами	Проводятся ли лабораторное и функциональное обследование экстренных больных перед анестезиологическим пособием и операцией в соответствии с рекомендациями?	Значение определения параметров жизненно важных органов, контролируемых во время операции под наркозом	Значение квалификационной категории у анестезиологов-реаниматологов, оказывающих анестезиологическое пособие	Какое значение придает состоянию психологической совместимости анестезиологов Вашей больницы с врачами хирургического профиля?
1	Коэффициент весомости	4,6	4,9	10,6	9,9	7,5	6,3	9,6	6,9	8,5	10,3	11,2	9,7
	Коэффициент вариации	12,2	11,2	12,7	12,0	11,5	12,5	11,8	9,5	12,9	10,5	14,8	11,1
2	Коэффициент весомости	3,9	5,9	9,1	11,5	5,7	7,8	10,8	7,6	8,8	11,2	10,3	7,4
	Коэффициент вариации	10,8	10,6	10,7	10,0	10,9	10,7	9,4	7,1	11,4	10,0	10,0	9,5
3	Коэффициент весомости	3,3	6,6	8,8	11,7	6,3	7,7	9,5	7,1	10,8	11,9	10,0	6,3
	Коэффициент вариации	7,9	8,0	8,5	7,8	8,5	8,4	7,5	6,6	9,2	9,0	8,1	7,7



Как и ожидалось, специалисты во всех турах исследования высоко оценили значение обеспеченности медицинской аппаратурой для проведения общей анестезии (9,9—11,5—11,7), что свидетельствует также о ее дефиците в сельских ЛПУ (2-е место). Также специалисты подчеркнули необходимость проведения лабораторного и функционального обследования экстренных больных перед общей анестезией и операцией. Данный раздел работы с 7—6-го места в первых двух турах переместился в заключительном туре на 3-е (10,8). Как и при социологическом исследовании, высоко оценено значение квалификационной категории у анестезиологов-реаниматологов: 11,2 в 1-м туре (2-е место) и 10,0 в 3-м (4-е место). Рейтинг необходимости наблюдения за больными до суток специалистами анестезиологами-реаниматологами после наркоза и операции оказался на высоком уровне (5-е место — 9,5), что, вероятно, связано с недостаточным применением в сельских лечебных учреждениях современных лекарственных препаратов для анестезиологического пособия, быстро выводимых из организма больного. Шестым элементом по значимости в 3-м туре (8,8) признана необходимость полного набора лекарственных средств для проведения наркоза и интенсивной терапии. Хотя в 1-м туре рейтинг данного свойства был на 2-м, а во 2-м туре — на 5-м месте. Причина такого подхода к оценке столь важного свойства нами видится в повседневном соблюдении анестезиологами-реаниматологами медико-технологических стандартов, которые исключают субъективизм в этом разделе работы и тем самым снижают остроту проблемы. После невысокого рейтинга (10-е место) в 1-м туре роль системы учета анестезиологических осложнений в их профилактике в последующих турах исследования экспертами поставлена на 7-е место (7,7).

Значение адаптации врачей и медсестер-анестезистов к условиям работы в сельской местности экспертами мало переоценивалось и в результате поставлено на 8-е место (7,1). Рейтинг использования в практике анестезиологической службы сельских лечебных учреждений всех необходимых видов общей и регионарной анестезии перешел с 11-го места в 1-м туре на 9-е (6,6) в 3-м.

Низко оценено значение совместного обсуждения врачами хирургического профиля и анестезиологами степени анестезиолого-реанимационного риска перед оперативным вмешательством (10—11-е место в 3-м туре), что отражает существующее положение в организации анестезиологической службы и свидетельствует о недооценке сельскими специалистами этого раздела работы.

Если в 1-м туре состоянию психологической совместимости анестезиологов-реаниматологов с врачами хирургического профиля эксперты уделили большее внимания (5-е место), то в последнем туре этот элемент оказался на 10—11-м месте (6,3).

Во всех турах исследования рейтинг отказа пациентам в анестезиологическом пособии указан на последнем месте среди всех оцениваемых элементов, что, на взгляд специалистов, свидетельствует об отсутствии данной проблемы при рациональной организации работы анестезиологической службы.

Анализ изменения значений коэффициентов вариации, характеризующих степень отклонения коэффициента весомости каждого свойства от его

средней величины, показал больший разброс мнений экспертов. В 3-м туре наблюдалось значительно меньшее отклонение коэффициентов вариации, чем во 2-м и 1-м турах, что свидетельствует о повышении степени однородности мнений экспертов. Следовательно, применение данного метода сбора и анализа информации позволяет достоверно выявить статистические закономерности, что согласуется с мнением других авторов [1, 13].

С помощью данного исследования выбраны критерии, подлежащие количественной и качественной оценке (см. табл. 1).

На основе разработанного перечня критериев (модуля) в исследуемых территориях проведена оценка деятельности анестезиологической помощи по итогам работы за 2008 г. по сравнению с 2005 г. Укомплектованность службы врачебным персоналом возросла до 72%, средним медицинским персоналом — до 88%, что соответствует уровню критерия. Однако укомплектованность медицинским оборудованием составляет лишь 79% от потребности, вследствие этого мониторинг жизненно важных функций — инструментальный и лабораторный осуществляется на 83 и 92,8% соответственно от запланированного уровня. Набор лекарственных препаратов, проведение лабораторного обследования и объем клинических и клинико-биохимических лабораторных исследований, степень анестезиолого-операционного риска оперированных больных и структура анестезиологических пособий, а также время, затрачиваемое на подготовку к общей анестезии экстренных больных, соответствуют заданному уровню. Тяжесть анестезиологических осложнений составила: группа А, Б1 — 9,3%, группа В2 — 6,8%, что несколько выше разработанного критерия. Средняя нагрузка на одного врача, исчисляемая количеством анестезиологических пособий, составила 397 анестезиологических пособий. Показатели соблюдения санитарно-эпидемиологического режима соответствуют критерию. Анестезиологическая активность 84,6%, что несколько ниже соответствующего показателя. Степень тяжести состояния больных в ОРИТ по 3-балльной системе достигла заданного уровня, что свидетельствует о проведении наблюдения за больными в послеоперационном периоде. Во всех ЦРБ используются формализованные карты обследования и наблюдения.

Таким образом, по 11 показателям анестезиологическая служба достигла уровня критериев, по остальным 4 показателям заданный уровень не достигнут. Учитывая известные затруднения в финансировании лечебных учреждений, работа изучаемых медицинских подразделений ЦРБ заслуживает положительной оценки.

Помимо этого, предложенные критерии по рекомендации министерства здравоохранения Оренбургской области используются при аттестации анестезиологов-реаниматологов на квалификационные категории.

В о д ы . 1. Разработанный (модуль) перечень критериев анестезиологической помощи позволяет осуществлять мероприятия по дальнейшему совершенствованию данной службы в сельских ЛПУ, оценивать эффективность их деятельности, унифицировать отчетность врачей анестезиологов-реаниматологов ЦРБ.

2. Критерии по оценке деятельности анестезио-

логической службы могут быть использованы в перспективном решении проблемы величины дополнительных начислений к оплате труда врачей анестезиологов-реаниматологов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кудрин В. С., Бурцев В. А. // Анестезиол. и реаниматол. — 1999. — № 3. — С. 22–24.
2. Кучеренко В. З., Серегина И. Ф., Мартыненко В. Ф. // Пробл. упр. здравоохран. — 2005. — № 6. — С. 5–10.
3. Кучеренко В. З., Мартыничик С. А., Хомяков С. М. и др. // Пробл. упр. здравоохран. — 2007. — № 3. — С. 28–33.
4. Левит А. Л., Стародубов В. И., Скляр М. С. // Пробл. упр. здравоохран. — 2003. — № 6. — С. 33–36.
5. Могильницкая Т. Л. // Пробл. упр. здравоохран. — 2005. — № 5. — С. 38–41.

6. Молчанов И. В. // Анестезиол. и реаниматол. — 2002. — № 3. — С. 8–17.
7. Недашковский Э. В. // Материалы IX Съезда Федерации анестезиологов-реаниматологов: Тезисы докладов. — Иркутск, 2005. — С. 227–228.
8. Петрова Н. Г., Железняк Е. С., Брацлавский В. Б. // Пробл. упр. здравоохран. — 2007. — № 4. — С. 32–37.
9. Столяров Е. А., Грачев Б. Д., Грачева И. В., Сонис А. Г. Основы современной анестезиологии. — Самара, 2003.
10. Уйба В. В. // Пробл. упр. здравоохран. — 2005. — № 4. — С. 22–30.
11. Фоломеев Н. В. // Менеджер здравоохран. — 2007. — № 2. — С. 35–39.
12. Чернова Т. В., Ползик Е. В., Казанцев В. С. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2001. — № 5. — С. 14–16.
13. Ядов В. А. Социологическое исследование: методология, программа, методы. — Доп. и испр. изд. — Самара, 1995.

Поступила 18.01.10

© В. В. ДЕЛАРЮ, 2010

УДК 616-058:050

В. В. Деларю

### НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЦИТИРУЕМЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ЖУРНАЛЫ В ДИССЕРТАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ ПО СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ

Волгоградский государственный медицинский университет

**В. В. Деларю** — канд. мед. наук, д-р социол. наук, проф. каф. (8-906-166-57-91)

*Анализ наиболее часто цитируемых отечественных журналов в диссертационных исследованиях по социологии медицины показал наибольшую востребованность периодических изданий по общественному здоровью и здравоохранению ("Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины", "Здравоохранение Российской Федерации", "Здравоохранение"), что свидетельствует о признании значимости публикаций в данных журналах исследователями, защищающимися по социологии медицины.*

Ключевые слова: исследование, тематическая литература, цитируемость

#### THE MOST FREQUENTLY QUOTED NATIONAL JOURNALS IN THE THESIS STUDIES OF SOCIOLOGY OF MEDICINE

V.V. Delarue

*The analysis of the most frequently quoted national journals in dissertation studies in the field of sociology of medicine established that the most demanded among periodicals of public health and health care are "The problems of social hygiene, health care and history of medicine", "The health care of the Russian Federation" and "The health care". This is a testimony of recognition of significance of publications in these periodicals made by researchers defending dissertations.*

Key words: study, topical literature, quotability

Количество ссылок на научные работы того или иного исследователя часто рассматривается как один из наиболее объективных показателей признанности его работ, хотя этот показатель не является бесспорным и абсолютным [1–4]. Изучение цитируемости позволяет сделать и другие выводы, не сводящиеся к оценке вклада конкретного ученого. В частности, изучение цитируемости в диссертационных исследованиях, где, как правило, достаточно подробно анализируется тематическая литература, позволяет оценить частоту обращения к литературным источникам, например востребованность периодических научных (научно-практических, практических) изданий.

В данном контексте была изучена частота цитирования отечественных журналов в работах, защищенных в диссертационном совете Д 208.008.04 по социологии медицины при Волгоградском государственном медицинском университете. Социология медицины была включена в Номенклатуру специальностей научных работников в 2000 г., а диссертационный совет по социологии медицины при Волгоградском государственном медицинском университете был утвержден в 2001 г. и на 01.01.09

являлся единственным действующим диссертационным советом в РФ, имеющим право присуждения по данной специальности ученых степеней кандидата/доктора наук как по социологическим, так и по медицинским наукам. В 2006–2008 гг. в данном совете были успешно защищены 82 диссертации, выполненные в Волгограде, Москве, Астрахани, Владикавказе, Краснодаре, Курске, Ростове-на-Дону, Саратове и других городах России, что позволяет говорить о достаточно широкой географии исследований.

В таблице приведены 25 наиболее часто цитируемых отечественных журналов в данных 82 диссертациях. Естественно, что сравнение частоты цитирования журналов не совсем корректно, поскольку издания различаются по времени существования, количеству годовых номеров/выпусков, печатных листов и, соответственно, количеству информации для исследователей в них, особенно с учетом "накопления" публикаций (многие востребованные в настоящее время журналы были основаны в середине—конце 90-х годов, в то время как другие значительно раньше), но тем не менее определенные выводы сделать можно.

**25 наиболее часто цитируемых журналов в диссертационных исследованиях по социологии медицины**

Ранговое место	Название журнала	Общее количество ссылок	Количество ссылок в 1 диссертации
1.	Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины	408	4,98
2.	Здравоохранение Российской Федерации	342	4,18
3.	Здравоохранение	291	3,55
4.	Социс	248	3,02
5.	Экономика здравоохранения	235	2,87
6.	Гигиена и санитария	105	1,28
7.	Медицинское право	102	1,24
8.	Стоматология	91	1,11
9.	Клиническая медицина	90	1,10
10.	Вестник РАМН	88	1,07
11.	Российский медицинский журнал	64	0,78
12.	Социология медицины	63	0,77
13.	Военно-медицинский журнал	58	0,71
14.	Российский вестник перинатологии и педиатрии	57	0,70
15.	Главврач	56	0,68
16—17.	Паллиативная медицина и реабилитация	54	0,66
16—17.	Акушерство и гинекология	54	0,66
18.	Педиатрия	47	0,57
19—20.	Вопросы онкологии	46	0,56
19—20.	Терапевтический архив	46	0,56
21.	Новое в стоматологии	40	0,49
22—23.	Российский педиатрический журнал	39	0,48
22—23.	Медицинская помощь	39	0,48
24.	Медицинская экспертиза и реабилитация	35	0,43
25.	Русский медицинский журнал	31	0,38

Примечание. Приведены современные названия журналов.

Бесспорными лидерами по частоте цитирования являются 5 журналов: "Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины", "Здравоохранение Российской Федерации", "Здравоохранение", "Социс" и "Экономика здравоохранения". Из

этих изданий 4 адресованы в первую очередь специалистам в области общественного здоровья и здравоохранения (еще 1 журнал, занимающий 15-е место, — "Главврач", также имеет подобный читательский адрес); преобладание журналов по общественному здоровью и здравоохранению представляется вполне понятным и объяснимым вследствие как определенной близости специальностей "социология медицины" и "общественное здоровье и здравоохранение", так и частой потребностью диссертантов в обобщающих медицинских показателях.

Следует отметить, что среди 25 наиболее цитируемых журналов только "Социс" имеет чисто гуманитарный характер, а все остальные — медицинский (который доминирует или по крайней мере явно преобладает). Что касается 12-го места центрального (и единственного специализированного) журнала по социологии медицины, то это можно объяснить непродолжительным периодом его существования (журнал "Социология медицины" основан в 2002 г.) и периодичностью выхода — всего 2 раза в год, что обуславливает ограниченное количество тематических публикаций.

Таким образом, проведенный анализ наиболее часто цитируемых отечественных журналов в диссертационных исследованиях по социологии медицины показал наибольшую востребованность периодических изданий по общественному здоровью и здравоохранению ("Здравоохранение Российской Федерации", "Здравоохранение" и особенно "Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины"), что свидетельствует о признании значимости публикаций в данных журналах исследователями, защищающимися по социологии медицины.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Богатов В. В. // Вестн. ДВО РАН. — 2006. — № 6. — С. 149—157.
2. Бокан М. Г., Боголюбова М. М. // Сов. здравоохран. — 1988. — № 10. — С. 22—23.
3. Михайлов О. В. // Вестн. Рос. АН. — 2004. — Т. 74, № 11. — С. 1025—1029.
4. Hirsch J. E. // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. — 2005. — Vol. 102, N 46. — P. 16569—16572.

Поступила 04.05.09

© О. В. АГРАНОВИЧ, 2010  
УДК 614.2:616.853-053.2-082

**О. В. Агранович**

**ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЭПИЛЕПСИЕЙ**

ГУЗ Краевая детская клиническая больница, Ставрополь

**О. В. Агранович** — канд. мед. наук, зав. отд-нием (oagranovich@yandex.ru)

*В Ставропольском крае сформирована 4-этапная система помощи пациентам с эпилепсией: участковый врач—районный невролог—эпилептолог консультативной поликлиники краевой детской больницы—психо-неврологическое отделение краевой детской больницы. Введение стандартов лечения позволило максимально приблизить реальную помощь к больному эпилепсией.*

Ключевые слова: дети, эпилепсия, медицинская помощь, организация, эффективность

**THE ORGANIZATION OF INTEGRATED CARE TO CHILDREN WITH EPILEPSY**

*O.V. Agranovich*

*In the Stavropol Kray four-stage system of caring patients with epilepsy is developed. It is consisted of local physician-district neurologist-epileptologist of consultative polyclinic of kray pediatric hospital-psycho-neurologic department of kray pediatric hospital. The implementation of treatment standards permitted to ultimately approximate the actual care to the patient with epilepsy.*

Key words: epilepsy, medical care, organization, effectiveness.

Стигма эпилепсии — один из важнейших компонентов дезадаптации больных с эпилепсией в обществе. Порой не само заболевание эпилепсией и не приступы болезни как основное проявление этого заболевания определяют отсутствие здоровья, а социальные, экономические, моральные аспекты неблагополучия обременяют пациентов, их родственников. Очень важным является воздействие на все звенья заболевания, оказание всесторонней помощи пациентам.

Для оказания реальной помощи пациентам с эпилепсией важно создать многоуровневый механизм, который включал бы в себя и полноценное клиническое, инструментальное обследование, адекватное лечение эпилепсии современными лекарственными препаратами, и социальную поддержку пациентов и их родственников.

Создание системы всегда предполагает эффективное функционирование ее компонентов, составных частей. Этот универсальный принцип применим и для создания эпилептологической службы. В основе системы находится больной эпилепсией, и вокруг него должна формироваться зона помощи. Эта зона неоднородна и формируется как под воздействием естественных факторов — особенностью самого заболевания, так и под влиянием компонентов, от которых в определенной степени зависит исход заболевания у конкретного пациента.

Естественные факторы — это само заболевание эпилепсией, которое по мере формирования наших знаний оказывается неоднородным по природе процессом, группой сходных по патогенезу, а порой по внешним клиническим проявлениям признаков. Течение заболевания имеет свои законы развития, борьбы повреждающего начала и компенсаторных, саморегулирующихся механизмов выздоровления. И далеко не всегда болезнь берет верх над эволюционно зафиксированной способностью жить.

Мы отчасти научились вмешиваться в процесс выздоровления, чаще с положительной составляющей, хотя, к сожалению, не всегда. Но для того, чтобы наше вмешательство было со знаком плюс, и необходимо сформировать систему помощи.

Одним из важных компонентов системы помощи являются наши знания об эпилепсии. Трудно переоценить опыт исследователей, динамично развивающиеся наши знания о характере этого заболевания, классифицировании клинических проявлений, эффективных подходах к подбору терапии. Однако "формула мастера" так и может остаться на уровне формулы, если нет системы, способной использовать эту формулу для распространения, клинического внедрения результатов.

Создание алгоритма действия каждого звена системы, комплекса мер на каждом уровне — задача организатора здравоохранения. Руководствуясь основными принципами формирования эпилептологической службы, предложенными Всемирной лигой борьбы с эпилепсией (ИЛАЕ), мы сформировали в Ставропольском крае основные звенья системы и этапы помощи детям с эпилепсией.

Этапы оказания медицинской помощи детям с эпилепсией, задачи каждого этапа

1-й этап — участковый врач, фельдшер

● Оценка характера приступа: утрата, изменение сознания, время суток, связь со сном, провоцирую-

щий фактор, длительность, последовательность развития проявлений во время приступа, профилактика осложнений (аспирация рвотными массами, падение, ушибы) во время приступа.

● Сведения анамнеза: впервые или повторный приступ, наследственный фактор, перинатальный анамнез.

● Направление больного к районному неврологу или в поликлинику по месту жительства.

● Организация диспансерного наблюдения.

● Реализация назначений невролога или эпилептолога. Организация и реализация программы обследования ребенка в соответствии с рекомендациями невролога или невролога-эпилептолога. Контроль и разъяснение выполнения регулярного приема противоэпилептических препаратов.

● Профилактика эпилепсии: создание группы риска по эпилепсии с использованием таблицы вероятности развития эпилепсии (индивидуальный подход в вопросах вакцинации, тактики проведения наркоза при необходимости, при инфекционных заболеваниях и при травмах и т. д.). Школа информирования родителей о характере эпилепсии. Контроль соблюдения режима дня больным эпилепсией (исключение депривации сна, фотоконвulsive эффекта, плавания в водоемах, вероятности дорожно-транспортного происшествия, повреждения механизмами). Организация своевременной профориентации, социальной адаптации, социальной защиты. Профилактика развития осложнений при лечении противоэпилептическими препаратами.

2-й этап — районный невролог, невролог городской поликлиники

● Оценка характера приступа: утрата, изменение сознания, время суток, связь со сном, провоцирующий фактор, длительность, последовательность развития проявлений во время приступа, профилактика осложнений (аспирация рвотными массами, падение, ушибы) во время приступа.

● Сведения анамнеза: впервые или повторный приступ, наследственный фактор, перинатальный анамнез.

● Направление больного к эпилептологу в краевую консультативную поликлинику (ККП) и обеспечение максимальной информацией эпилептолога: подробное описание приступа, динамика, трансформация приступов, общий анализ крови с подсчетом количества тромбоцитов, результаты электроэнцефалографии (ЭЭГ). При необходимости наблюдение эпилептологом в соответствии с алгоритмом.

● Проведение лечения неосложненных форм заболевания при благоприятном течении эпилепсии в соответствии со стандартами, клиническими путями ведения детей с эпилепсией.

● Организация диспансерного наблюдения.

● Подготовка отчетов для эпилептолога, главного детского невролога.

● Анализ детской инвалидности по эпилепсии в районе, выявление причин, разработка комплекса мероприятий по оздоровлению ребенка.

● Реализация назначений эпилептолога. Организация и реализация программы обследования ребенка в соответствии с рекомендациями невролога-эпилептолога. Контроль и разъяснение выполнения регулярного приема противоэпилептических препаратов.

- Профилактика эпилепсии: создание группы риска по эпилепсии с использованием шкалы вероятности развития эпилепсии (индивидуальный подход в вопросах вакцинации, тактики проведения наркоза по необходимости, при инфекционных заболеваниях и травмах и т. д.). Школа информирования родителей о характере эпилепсии. Организация своевременной профориентации, социальной адаптации, социальной защиты ребенка. Профилактика развития осложнений при лечении противоэпилептическими препаратами.

3-й этап — кабинет эпилептолога ККП

- Прием пациентов с установленным диагнозом эпилепсии из районов и городов Ставропольского края, клинический осмотр, определение объема обследования, выдача рекомендаций по лечению в виде заключения на руки родителям.

- При необходимости проведение дообследования, прежде всего ЭЭГ, или анализ ЭЭГ, проведенной в районе, краевом диагностическом центре и т. д.

- Уточнение результатов лабораторного обследования или направление в лабораторию для проведения общего анализа крови с подсчетом количества тромбоцитов, исследование ферментов печени (аспартат- и аланинтрансферазы), билирубина.

- При отсутствии эффекта от проводимого лечения проводится оценка концентрации лекарственного препарата (за исключением препаратов, не требующих определения уровня их в плазме).

- При необходимости (эпилепсия, резистентная к проводимой терапии, необходимость подбора терапии, экспертная оценка приступов) направление детей в психоневрологическое отделение краевой детской клинической больницы (КДКБ).

- Психологическое тестирование и консультирование на предмет формирующихся соответствующих изменений личности, формирование интеллектуального дефицита.

- Школа вторичной и третичной профилактики неблагоприятного течения эпилепсии, социальной адаптации ребенка в условиях болезни.

- Санитарно-просветительная работа в средствах массовой информации с целью преодоления психологии отчуждения обществом таких детей, выявления скрытых форм заболевания, при которых дети или не лечатся, или получают неадекватное лечение, пропаганда успешности лечения определенных форм эпилепсии.

- Консультирование больных в отделениях КДКБ.

- Консультирование пациентов, направленных другими специалистами (кардиологом, гастроэнтерологом, эндокринологом и т. д.), с целью диагностики различных пароксизмальных состояний: псевдоэпилептических, синкопальных, вегетативных пароксизмов с выбором соответствующей тактики обследования и лечения.

- Формирование регулярных отчетов, планирование работы, потребности в противоэпилептических препаратах, количества обследований.

- Плановые выезды в районы, кустовые зоны (юго-восточная зона, район Кавказских Минеральных Вод, северо-восточная зона) с целью приближения квалифицированной помощи к населению.

- Создание и своевременная коррекция алгоритмов, клинических путей ведения детей с эпи-

лепсией в соответствии с федеральными отраслевыми стандартами, методическими рекомендациями.

- Ведение реестра больных детей с эпилепсией по Ставропольскому краю с фиксацией формы эпилепсии, динамики приступов, ЭЭГ, соответствующей коррекции терапии.

- Обеспечение бесплатными противоэпилептическими препаратами детей в соответствии с реализацией краевой программы "Здоровый ребенок".

4-й этап — психоневрологическое отделение КДКБ

- Оказание плановой помощи детям с резистентными формами эпилепсии, нуждающимся в стационарном наблюдении, обследовании, подборе терапии.

- Выявление и компенсирование побочных эффектов противоэпилептических препаратов.

- Проведение углубленного обследования (видео-ЭЭГ, суточное мониторирование, магнитно-резонансная томография, клиническое психологическое обследование, генетическое обследование).

- Оказание экстренной помощи при развитии эпилептического статуса, серийных судорог, при необходимости привлечение реаниматологов.

- Проведение дифференциальной диагностики пароксизмов, требующих присутствия квалифицированного врача невролога.

- При необходимости проведение пролонгированной записи ЭЭГ с видео-контролем, запись ЭЭГ во время сна для уточнения эпилептического происхождения приступов, исключение неэпилептической природы пароксизмов.

- Экспертная оценка характера пароксизмов (МСЭ, военкомат).

- Проведение школы по эпилепсии как с детьми, так и с родителями.

- Консультирование детей в отделениях КДКБ и других стационарах Ставрополя (инфекционная больница, нейрохирургические отделения городской больницы № 4 и краевой больницы).

- Осуществление экстренной консультативной помощи в районах Ставропольского края по линии санитарной авиации.

- Осуществление деятельности эпилептологического центра по координации всех этапов оказания помощи детям с эпилепсией в соответствии с его положениями.

- Формирование перспективной потребности в обследовании и лекарственном обеспечении детей Ставропольского края, страдающих эпилепсией.

- Подготовка соответствующей документации при направлении детей на лечение в центральные клиники Москвы, Санкт-Петербурга.

- Постановка на диспансерный учет эпилептологом ККП впервые выявленных больных.

- Определение дальнейшей тактики лечения при долечивании больных в детских городских больницах Ставрополя, Пятигорска, Буденновска.

- Разработка и внедрение алгоритмов, клинических путей ведения больных эпилепсией совместно с эпилептологами ККП, своевременная коррекция, адаптированная к современным условиям.

- Обучение неврологов, педиатров Ставропольского края на семинарах, конференциях, кустовых совещаниях.

- Профилактика неблагоприятного течения эпилепсии у детей: раннее выявление психических

нарушений с соответствующей коррекцией психологом, психиатром, реализация адекватной терапии (обучение врачей — неврологов, педиатров, школа родителей, формирование заявки на лекарственные препараты, реализация механизма доступности эффективных противоэпилептических препаратов).

● Плановая консультативная помощь в районах края: выезды в районы с целью приближения квалифицированной помощи к населению, анализ эффективности работы неврологов края по оказанию помощи детям с эпилепсией, проведение кустовых семинаров.

Необходимо отметить, что помощь детям с эпилепсией оказывалась и раньше и она в определенной степени приносила положительные результаты. Однако лечение проводилось, как правило, лекарственными препаратами с низким противосудорожным эффектом и выраженным побочным действием. Например, широкое применение барбитуратов часто вызывало снижение интеллекта, не связанное с эпилепсией. Использование эффективных, порой дорогостоящих противоэпилептических препаратов в неадекватных дозах, при нерациональном режиме приема, без контроля побочного действия, в "фантастических" комбинациях, приводило не только к развитию псевдорезистентности, аггравации, но и к формированию негативного отношения к лекарствам, недоверию к врачам. Отсутствие системы помощи порождало применение паранаучных методов лечения, в лучшем случае не вредившего пациентам. Интенсивное

применение лекарственных препаратов неантиэпилептического направления, таких как "сосудистые", "биостимулирующие", "рассасывающие", а кроме того, и нерациональное использование коучного фонда в виде "курсов восстановительного лечения" увеличивали нерациональное использование ресурсов здравоохранения.

Введение стандартов лечения, основанных на принципах доказательной медицины, адаптированных для каждого этапа (участковый врач—невролог района или города—эпилептолог ККП—психоневрологическое отделение КДКБ), позволит максимально приблизить "формулу мастера" к больному, страдающему эпилепсией. Возможно, порой и создается впечатление обезличивания, отсутствия индивидуального подхода к терапии каждого конкретного больного. Но эффективность системы в том и заключается, что стандарт этапа предполагает при отклонении от результативного применения использовать резервы следующего этапа, не теряя времени и ресурсов. Другая сторона вопроса состоит в том, что мы должны постоянно стремиться к совершенствованию системы: по мере пополнения наших знаний, при выявлении сбоев работы на каждом конкретном этапе, при выявлении индивидуальных особенностей клиники заболевания. Именно обратная связь, саморегулирующиеся механизмы обеспечивают жизнеспособность системы в целом и эпилептологической службы в частности.

Поступила 18.02.10

© А. В. БЕЛОСТОЦКИЙ, 2010  
УДК 614.2:34]:61:008

А. В. Белостоцкий

## ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЦЕНТРАХ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

НИИ питания РАМН, Москва

А. В. Белостоцкий — канд. мед. наук, зам. рук. Испытательного лабораторного центра (968-29-02).

*В статье рассмотрены проблемы, выявленные при анализе нормативной правовой базы, регулирующей деятельность по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП): вопросы формирования государственного задания на оказание ВМП, лицензирования и стандартизации; проблемы защиты прав пациентов в процессе их отбора для оказания ВМП; подходы к определению видов высокотехнологичных медицинских услуг; вопросы, возникающие при оказании платных услуг; проблема совершенствования организационно-правовой формы учреждений, оказывающих ВМП. Сделаны выводы и внесены предложения по совершенствованию действующего законодательства.*

**Ключевые слова:** высокотехнологичная медицинская помощь, проблемы нормативно-правового регулирования, государственное задание, лицензирование медицинской деятельности, платные медицинские услуги, автономное учреждение

### THE LEGAL REGULATION OF MEDICAL CARE IN HIGH-TECHNOLOGY CENTERS

A.V. Belostotsky

*The article deals with the issues established during analysis of normative legal base regulating the activities in provision of high-technology medical care. The following positions are considered: the generation of public task to provide high-technology medical care, licensing and standardization; the issues of patients' rights safeguard; the approaches to determine the types of high-technology medical services; the issues related to rendering paid services; the enhancement of organizational legal form of institutions rendering high-technology medical care. The recommendations on the development of the legislation in force are made.*

**Key words:** high-technology medical care, normative legal regulation, public task, medical profession licensing, paid medical services, autonomous institution.

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) в значительной степени расширяет возможности и повышает эффективность здравоохране-

ния, поэтому данное направление пользуется все большим вниманием со стороны государственных органов. Законодательство, касающееся оказания

ВМП, появилось в начале 90-х годов XX века и шло по пути выбора оптимальных конструкций для организации ее оказания. В настоящее время нормативная база продолжает развиваться, охватывая все больший круг вопросов, однако остаются пробелы и противоречия, поскольку рассматриваемое направление сильно отличается от иных видов медицинской помощи и требует отдельного подхода. Мы попытаемся рассмотреть основные проблемы нормативно-правового регулирования в сфере оказания ВМП и выработать рекомендации для дальнейшего совершенствования законодательства в указанной области.

Во-первых, хотелось бы остановиться на проблеме формирования государственного задания на оказание ВМП. Задания на 2009 г. (Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 29 декабря 2008 г. № 786н) и 2010 г. (Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 30 декабря 2009 г. № 1047н) одинаково регулируют указанный вопрос, предусматривая, что государственное задание формируется Минздравсоцразвития России на основании и с учетом заявленной органами исполнительной власти субъектов РФ (ОИВС) в сфере здравоохранения потребности населения в оказании ВМП, мощности федеральных учреждений, участвующих в выполнении государственного задания, нормативов финансовых затрат на оказание ВМП, бюджетных ассигнований, предусмотренных на эти цели. Приказом Минздравсоцразвития России № 119 от 18 марта 2009 г. "Об утверждении и порядке ведения форм статистического учета и отчетности по реализации государственного задания на оказание ВМП гражданам РФ за счет ассигнований федерального бюджета" утверждены формы документации, связанной с оказанием ВМП, в частности форма Заявки ОИВС на оказание ВМП гражданам РФ по государственному заданию за счет ассигнований федерального бюджета. Ситуация, когда объем государственного задания для учреждения определяется по заявкам ОИВС, может привести к негативным последствиям. Например, в мае 2009 г. была фактически приостановлена деятельность Пензенского центра сердечно-сосудистой хирургии, поскольку запланированное в задании количество больных было уже пролечено [2]. Впоследствии были внесены соответствующие изменения в задание, однако проблема планирования осталась. Нельзя не отметить, что в Приказе № 119 от 18 марта 2009 г., помимо Заявки ОИВС, предусмотрена форма Заявки медицинского учреждения на оказание ВМП, которая заполняется в федеральных медицинских учреждениях самостоятельно и представляется до 1 сентября года, предшествующего плановому периоду, в Минздравсоцразвития России. Наличие Заявки медицинского учреждения способствует правильному учету его потребностей и возможностей при формировании государственного задания. При этом в самом задании упоминания о наличии Заявок медицинских учреждений нет, как нет и указания на их учет при формировании задания. Таким образом, необходимо привести в соответствие текст государственного задания и Приказа № 119 от 18 марта 2009 г. в части учета Заявок медицинских учреждений.

Следующая проблема, на которую хотелось бы обратить внимание, это проблема лицензирования деятельности по оказанию ВМП. В соответствии с

Приказом Минздравсоцразвития России № 786н от 29 декабря 2008 г. ВМП предоставляется федеральными медицинскими учреждениями, медицинскими учреждениями, находящимися в ведении субъектов РФ и муниципальных образований, имеющими лицензию на медицинскую деятельность в части выполнения работ (услуг) по оказанию ВМП. Лицензирование медицинской деятельности осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 30 от 22 января 2007 г. "Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности". Пункт 5 Положения о лицензировании медицинской деятельности определяет лицензионные требования и условия, при этом не имеется различий в условиях для получения лицензии на ту или иную медицинскую деятельность. Для получения лицензии достаточно соответствовать следующим условиям: наличие помещения и необходимого медицинского оборудования, определенное образование у руководителя, наличие в штате специалистов для выполнения работ (оказания услуг), периодическое повышение их квалификации, соблюдение медицинских технологий, санитарных правил, правил предоставления платных услуг, обеспечение контроля качества, наличие возможности технического обслуживания медицинской техники, а также ведение учетной и отчетной медицинской документации. Такой порядок при оказании ВМП может привести к получению лицензии организацией, фактически не готовой для оказания ВМП. В частности, нормативно не закреплён перечень оборудования, которое может быть отнесено к высокотехнологичному, не определены квалификационные характеристики медицинского персонала, способного оказывать ВМП.

Однако выработаны определенные критерии, на основании которых осуществляется отбор медицинских организаций для участия в выполнении государственного задания. Они содержатся в приложении № 5 к Приказу Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития № 09-Пр/07 от 10 января 2007 г. "О проведении проверок деятельности медицинских организаций субъектов Российской Федерации, предлагаемых к размещению государственного задания по оказанию высокотехнологичных видов медицинской помощи в 2007 году" и применяются к медицинским организациям субъектов РФ. Указанные критерии могут быть применены и как дополнительные условия для предоставления лицензии на оказание ВМП при внесении соответствующих изменений в законодательство. Например, предусмотрено, что медицинское учреждение должно иметь операционный блок с пропускной способностью в круглосуточном режиме, отделение переливания крови, отделение анестезиологии и реаниматологии с целенаправленной специализацией медицинского персонала по анестезиологическому обеспечению высокотехнологичных видов медицинской помощи (по профилю), возможность обеспечить неотложную гемодинамическую поддержку, больничную аптеку, систему управления качеством медицинской помощи, многофункциональную лабораторию, способную к проведению исследований в круглосуточном режиме, банк имплантов (по профилю). Кроме того, в перечне критериев указаны дополнительные требования к ме-

дицинскому персоналу: выполнение оперирующим хирургом не менее 75 операций в год по каждому виду ВМП (и всего не менее 150 операций по каждому виду ВМП в течение работы в данной медицинской организации); наличие врачей, постоянно работающих в данном учреждении, прошедших курсы повышения квалификации по соответствующей(им) специальности(ям) в установленном порядке, имеющих сертификат(ы) специалиста(ов) по соответствующей(им) специальности(ям), высшую квалификационную категорию, а также прошедших обучение по оказанию конкретных видов ВМП; наличие опыта работы по выполнению врачами медицинской организации повторных и ревизионных вмешательств по каждому виду ВМП. Наличие подобных критериев для получения лицензии на оказание ВМП будет способствовать повышению качества предоставляемых услуг и ответственности руководителей учреждений.

Кроме того, полагаем, что специалисты, оказывающие ВМП, должны проходить курс повышения квалификации в специально созданных центрах, обучение в которых будет вестись по уникальным образовательным программам в соответствии с мировыми стандартами с привлечением высококлассных специалистов в конкретной области, в том числе из-за рубежа. Поскольку наука и технологии в медицине постоянно развиваются, процесс образования для подобных специалистов должен вестись непрерывно. В целях подготовки специалистов для центров высоких медицинских технологий Приказом Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию № 2994 от 28.12.07 г. "О принятии решения о создании учебно-методического центра по подготовке специалистов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи" принято решение о создании учебно-методического центра по подготовке специалистов для оказания ВМП. Отличительной особенностью подготовки специалистов является отработка навыков проведения операций любой сложности на современном симуляторном оборудовании, полностью воссоздающем ход реальных операций по различным сценариям, что является одним из основных компонентов программ тематического усовершенствования врачей [4].

ВМП предоставляется в соответствии со стандартами этого вида помощи. В настоящее время уже утвержден ряд стандартов, которые рекомендуется использовать для лечения больных путем оказания ВМП. Например, Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 апреля 2007 г. № 287 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с сердечной недостаточностью"; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 апреля 2007 г. № 288 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со стабильной стенокардией"; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 марта 2007 г. № 149 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным кардиомиопатиями"; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 декабря 2006 г. № 866 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с врожденными аномалиями (пороками развития) сердечных камер и соединений"; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 де-

кабря 2006 г. № 862 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с врожденными аномалиями (пороками развития) сердечной перегородки" и ряд других. Однако указанные стандарты разработаны и рекомендуются для применения в федеральных специализированных медицинских учреждениях. Таким образом, из сферы действия стандартов исключаются иные учреждения, оказывающие ВМП. Данный пробел требует законодательного решения посредством внесения положения о распространении действия стандартов на все учреждения, оказывающие ВМП.

Еще одна выявленная проблема, которую хотелось бы отметить, связана с порядком работы по направлению граждан РФ (далее — больного) для оказания ВМП в медицинские учреждения, участвующие в выполнении государственного задания (далее — Порядок). Он определен в Приложении № 7 к Приказу Минздравсоцразвития России № 786н от 29 декабря 2008 г. Порядок предусматривает в качестве органа, занимающегося направлением больных для оказания ВМП, ОИВС (в исключительных случаях направление может осуществлять Минздравсоцразвития России, либо больной может обратиться непосредственно в медицинское учреждение). В составе ОИВС создается комиссия по отбору больных на оказание ВМП, которая на основании представленных документов (в частности, направления из медицинской организации по месту наблюдения и/или лечения больного, выписки из медицинской документации больного и других) принимает решение о наличии или отсутствии показаний к плановому направлению больного для оказания ВМП. Для принятия решения привлекается главный штатный или внештатный специалист ОИВС по профилю заболевания больного. При принятии указанного решения может иметь место нарушение прав пациента, предусмотренных статьей 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1, а именно права на проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов. В заседании комиссии участвует один специалист по профилю заболевания, который может дать отрицательное заключение. В данном случае по требованию пациента должны быть проведены консилиум или консультация других специалистов. При выявлении у них иного мнения решение комиссии ОИВС должно быть пересмотрено. Эта процедура значительно проще и быстрее, нежели предусмотренная пунктом 32 Порядка возможность обжалования принятых решений, кроме того, в большей степени соответствует интересам пациента.

В процессе направления больного для оказания ВМП оформляется ряд документов, в частности протоколы заседания комиссий ОИВС и медицинского учреждения (форма разрабатывается самостоятельно), Талон на оказание ВМП (форма утверждена Приказом Минздравсоцразвития России № 119 от 18 марта 2009 г.). При этом необходимым является реализация права пациента на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении. Руководители ОИВС обязаны принимать меры по защите информации конфиденциального характера (в частности, это должно



быть учтено при разработке формы протокола заседания комиссии), например, посредством предоставления отметки "Для служебного пользования". Кроме того, есть необходимость в проставлении данной отметки и на иных документах, в том числе на Талоне на оказание ВМП, для чего необходимо внести соответствующие изменения в его форму.

В государственном задании содержится также перечень видов ВМП по каждому профилю, т. е. круг высокотехнологичных видов медицинских услуг задается простым перечислением их перечня без фиксирования каких-либо критериев. Подобный подход вызывает определенные вопросы. В рамках перечисления не фиксируются какие-либо критерии отнесения той или иной услуги к категории высокотехнологичной, что затрудняет ее планирование и ресурсное обеспечение. Кроме того, остается неясным, на каком объективном основании та или иная процедура отнесена к высокотехнологичной. Достоинством перечневого подхода является то, что он в настоящее время является единственной практически работающей позицией в решении важнейшей проблемы в сфере медицинских услуг высоких технологий [3]. Однако в процессе развития законодательства может быть разработан более или менее полный перечень критериев, с помощью которых должна быть идентифицирована ВМП, а в дальнейшем разработаны более ясные перечни ВМП. Об этом говорил и Н. В. Юргель, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, на основании анализа результатов проверок организаций, оказывающих ВМП, в 2008 г. [5]. Однако до настоящего времени ситуация остается прежней и в государственном задании на 2010 г. также используется перечневый подход для определения видов ВМП.

Также существует проблема осуществления предпринимательской деятельности учреждениями, оказывающими ВМП. В соответствии с пунктом 4 Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденным Постановлением Правительства РФ № 27 от 13 января 1996 г. "Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями", государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают платные медицинские услуги по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением. Порядок выдачи указанных разрешений регламентируется на федеральном уровне только Приказом Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи № 145 от 17 декабря 2007 г. "О порядке выдачи федеральным государственным учреждениям Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи разрешения на право предоставления платных медицинских услуг населению". Решение о выдаче разрешения принимается на заседании комиссии агентства на основании ряда критериев, в том числе при соблюдении учреждением приоритетности выполнения объемов медицинской помощи, установленных государственным заданием, оказании учреждением платных медицинских услуг за счет резервов мощностей, не используемых (не использованных) для выполнения государственного задания, целевом и эффективном расходовании средств федерального бюд-

жета и др. При этом Указом Президента № 724 от 12 мая 2008 г. "Вопросы системы и структуры федеральных органов исполнительной власти" Федеральное агентство по ВМП упразднено. Его функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере здравоохранения в части, касающейся разработки и реализации современных медицинских технологий, новых методов диагностики и организации оказания ВМП (включая трансплантацию органов и тканей), переданы Минздравсоцразвития России. При этом рассматриваемый Приказ до настоящего времени продолжает свое действие. Следовательно, вопрос получения разрешений на оказание платных услуг учреждениями, оказывающими ВМП, остается нерешенным.

В заключение хотелось бы остановиться на проблеме организационно-правовой формы учреждений, оказывающих ВМП. В частности, созданные центры высоких медицинских технологий имеют форму бюджетных учреждений. Указанная форма представляется нам неэффективной, поскольку такие учреждения зависят от объема бюджетно-сметного финансирования, осуществляемого без увязки с результатами работы, поэтому отсутствует стимул для более рационального использования ресурсов [1]. Кроме того, бюджетные учреждения не вправе распоряжаться доходами, полученными от предпринимательской деятельности, так как эти доходы относятся к неналоговым доходам бюджета (Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ, ст. 41, ч. 3) и должны использоваться в качестве целевых средств, выделенных в рамках бюджетного финансирования. Для решения указанных проблем и повышения эффективности расходования бюджетных средств Федеральным законом № 174-ФЗ от 3 ноября 2006 г. "Об автономных учреждениях" была создана конструкция автономного учреждения.

Преимуществом автономного учреждения является, во-первых, порядок его финансирования. Такое учреждение получает оплату за осуществление конкретной деятельности по предоставлению соответствующих услуг в виде субсидий и субвенций из соответствующего бюджета. При ненадлежащем выполнении задания учредителя (меньший объем услуг либо оказание услуг ненадлежащего качества) размер финансирования может быть уменьшен (Приказ Министерства экономического развития РФ от 3 декабря 2008 г. № 423 пункт 2.2.4). Таким образом, появляется конкуренция за бюджетные средства, поэтому учреждение стремится к более качественному и быстрому оказанию услуг, ускоряется процесс подбора и лечения больных, повышается заинтересованность в их привлечении. Во-вторых, выделенные средства автономное учреждение вправе расходовать самостоятельно, отсутствует контроль органов казначейства и не применяются процедуры Федерального закона № 94-ФЗ от 21 июля 2005 г. "О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд". Автономное учреждение имеет большие возможности для осуществления приносящей доход деятельности, поскольку оно вправе выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основной деятельности, для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании однородных услуг ус-

ловиях, а также осуществлять иные виды деятельности, поскольку это служит достижению целей, ради которых оно создано, и при условии их указания в уставе. При этом доходы от подобной деятельности поступают в его самостоятельное распоряжение. Таким образом, больше пациентов смогут получить медицинскую помощь, будет улучшаться оснащение клиник, а также повышаться заработная плата медицинского персонала. Поэтому перевод бюджетных учреждений здравоохранения в статус автономных представляется нам необходимым для расширения финансово-хозяйственной самостоятельности учреждений и как следствие повышения качества услуг.

С учетом изложенного нам представляется необходимым внести ряд изменений в законодательство, касающихся:

1) проблемы формирования государственного задания на оказание ВМП — необходимо привести в соответствие текст государственного задания и Приказа № 119 от 18 марта 2009 г. в части учета Заявок медицинских учреждений;

2) проблемы выдачи лицензий на ВМП — необходимо выработать положения, касающиеся оснащения организаций, оказывающих ВМП, медицинским оборудованием, а также квалификационных характеристик медицинского персонала;

3) стандартов — необходимо внести в стандарты положения о распространении их действия на все

учреждения, оказывающие ВМП;

4) прав пациентов при их отборе для оказания ВМП — при необходимости проводить консилиум или консультацию других специалистов, помимо специалиста ОИВС, а также ограничить доступ к документам, связанным с направлением больных для оказания ВМП, посредством проставления на них отметки "Для служебного пользования";

5) проблемы выработки критериев, с помощью которых та или иная услуга может быть отнесена к категории высокотехнологичной;

6) проблемы получения разрешения на оказание платных медицинских услуг учреждениями, оказывающими ВМП;

7) перевода центров высоких медицинских технологий в статус автономных учреждений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бевеликова Н. М. // Журн. рос. права. — 2008. — № 9. — С. 23.
2. "Российская газета", Федеральный выпуск № 4911 (87) от 15 мая 2009 г. <http://www.rg.ru/2009/05/15/kardiohirurgia.html>
3. Рыбальченко И. Е. // Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 10. — С. 18.
4. <http://www.rcpe.ru/ru/?idx=2&PHPSESSID=e75b9b9c9ab24479afebf2e7139f3bed>
5. <http://www.remedium.ru/section/health/detail.php?ID=23864>

Поступила 18.02.10

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010

УДК 614.2:613.953.11]:316.35

Л. В. Абольян<sup>1</sup>, Д. Н. Лоранский<sup>1</sup>, Л. В. Казакова<sup>1</sup>, Н. А. Коняева<sup>2</sup>, Н. А. Барабаш<sup>3</sup>, Н. З. Зубкова<sup>1</sup>

### О ГРУППАХ МАТЕРИНСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

<sup>1</sup>НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И. М. Сеченова, Москва; <sup>2</sup>Московская областная благотворительная общественная организация "Лига молодых матерей Подмосковья", Ступино; <sup>3</sup>Томский государственный медицинский университет

**Л. В. Абольян** — д-р мед. наук, зав. лаб. ([dove.ole@mtu-net.ru](mailto:dove.ole@mtu-net.ru)), **Д. Н. Лоранский** — д-р мед. наук, проф., вед. науч. сотр. (499-245-79-06); **Л. В. Казакова** — мл. науч. сотр. (499-246-22-83); **Н. А. Коняева** — канд. пед. наук, председатель ([iga264@mail.ru](mailto:iga264@mail.ru)); **Н. А. Барабаш** — канд. мед. наук, доц. каф. (3822-23-26-65); **Н. З. Зубкова** — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (499-246-22-83).

*Чувство сострадания к страдающему — так просто и непосредственно, оно руководствуется только нравственным побуждением.*

В. О. Ключевский

*В статье приведены сведения о создании в России общественных объединений матерей — групп материнской поддержки грудного вскармливания, инициированном развитием международной Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ "Больница, доброжелательная к ребенку". В связи с тем что в значительной степени грудное вскармливание относится к медицинской проблеме, решением которой традиционно занимаются медицинские работники ЛПУ родовспоможения и детства — акушеры-гинекологи, неонатологи, педиатры, встает вопрос о правомерности существования таких групп, их компетенции, взаимоотношениях с медицинскими работниками и формах работы. С исторической точки зрения, в советском здравоохранении накоплен богатый опыт успешного сотрудничества общественных активистов Российского Общества Красного Креста с органами здравоохранения в проведении профилактических и оздоровительных мероприятий, санитарно-просветительной работы среди населения. Авторы статьи приходят к выводу о том, что для успешной работы добровольных объединений матерей в поддержку грудного вскармливания важно их взаимодействие с медицинскими работниками, разработка научно обоснованных программ подготовки матерей-консультантов, информационно-методических и санитарно-просветительных материалов.*

**Ключевые слова:** грудное вскармливание, группы материнской поддержки, Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ "Больница, доброжелательная к ребенку", Российское Общество Красного Креста, санитарный актив

*The article deals with the data related to the establishment in Russia of public associations of maternal support of breast feeding initiated by the WHO/UNICEF international initiative "Baby friendly hospital?". The breast feeding is mostly a concern of medicine and medical institutions of obstetrics and pediatrics and corresponding specialists such as obstetrician-gynecologist, neonatologist and pediatrician. Hence the issue of appropriateness of existence of such groups, their competence and relationship with medical personnel and forms of activity has to be considered. From historical point of view, in Soviet health care accumulated very rich experience of effective cooperation of public activists of Russian Red Cross with public health bodies in implementation of preventive and health improving activities, including health education of population groups. The conclusion is made that to provide effective activities of voluntary mothers' associations to support breast feeding their interaction is needed with medical personnel, the development of scientific-grounded programs of training of mothers-consultants and informational methodical and health education materials.*

**Key words:** breast feeding, mothers support groups, baby friendly hospital, Russian Red Cross, health education activists.

Внедрение с начала 1990-х годов международной Инициативы ВОЗ и Детского фонда ООН (ВОЗ/ЮНИСЕФ) "Больница, доброжелательная к ребенку", направленной на охрану и поддержку грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) родовспоможения и детства, способствовало созданию групп материнской поддержки грудного вскармливания. В соответствии с десятым шагом Инициативы "Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы", ЛПУ оказывают последующую помощь кормящим матерям путем создания групп поддержки грудного вскармливания. Такие группы состоят либо из медицинских работников, либо из самих кормящих матерей, прошедших специальное обучение по вопросам консультирования матерей и готовых добровольно оказывать помощь менее опытным матерям (группы материнской поддержки).

В России группы материнской поддержки создаются, главным образом, на базе детских поликлиник медицинскими работниками, участвующими в реализации принципов успешного вскармливания путем как создания таких групп из числа успешно кормящих женщин, так и участия в повседневной деятельности таких групп. Они предоставляют современную информацию о правилах грудного вскармливания, решают проблемы, возникающие при кормлении грудью, проводят встречи матерей и семинары.

На территориях России, где не уделяется должного внимания проблемам охраны и поддержки грудного вскармливания и внедрению Инициативы "Больница, доброжелательная к ребенку", общественные объединения матерей в поддержку грудного вскармливания создаются без участия медицинских работников. Для признания деятельности групп материнской поддержки со стороны общественности и представителей здравоохранения часто требуется государственная регистрация как юридического лица.

Одна из первых групп материнской поддержки была организована в Москве в 1998 г. Она успешно работает сегодня как некоммерческая организация "Радуга материнства". Такая же группа материнской поддержки была создана в Подмосковном г. Ступино в 2000 г., которая зарегистрирована как Московская областная благотворительная общественная организации "Лига молодых матерей Подмосковья". Активно работают группы материнской

поддержки "Всегда рядом" в Ростове-на-Дону, "Елана" в Зеленограде. В Мурманске и Архангельске группы поддержки сотрудничают с Норвежской службой помощи по грудному вскармливанию. Группы поддержки, созданные самими мамами, имеются также в Санкт-Петербурге; Дедовске, Нахабине и Подольске Московской области; Барнауле, Белгороде, Владимире, Воронеже, Иркутске, Казани, Нижнем Новгороде, Новомосковске Тульской области, Томске, Тюмени, Уфе, Хабаровске, Чебоксарах и т. д.

В 2004 г. благодаря развитию информационных технологий и Интернета произошло объединение групп материнской поддержки в Ассоциацию консультантов по естественному вскармливанию — АКЕВ [1, 6, 9, 11, 13, 14]. Ассоциация создана с целью пропаганды грудного вскармливания, поддержки кормящих матерей, распространения современных рекомендаций ВОЗ и отечественных специалистов по кормлению грудью, содействия развитию сети групп материнской поддержки по всей России и в ближнем зарубежье. География участников Ассоциации постоянно растет. Сегодня она насчитывает около 90 членов в 35 городах Российской Федерации.

В 2006 г. АКЕВ стала членом международной организации ИБФАН (International Baby Food Action Network — Международная сеть действий в защиту детского питания), являющейся ассоциацией добровольных организаций в развивающихся и индустриальных странах, которая ставит своей целью улучшение здоровья и питания детей, их матерей и семей путем пропаганды грудного вскармливания и борьбы с неадекватной политикой маркетинга детского питания со стороны компаний-производителей.

Таким образом, число групп материнской поддержки растет, оказывая необходимую поддержку матерям с учетом своего положительного опыта. Однако, как показывает международный опыт, личного опыта кормления грудью оказывается недостаточно для оказания помощи и консультирования других матерей. Общественные консультанты-непрофессионалы нуждаются в специальной подготовке и контроле со стороны специалистов.

Участие общественных объединений матерей в пропаганде грудного вскармливания и консультировании матерей по вопросам поддержки и сохранения грудного вскармливания не всегда положительно оценивается медицинскими работниками, врачами-акушерами и педиатрами. Встает вопрос о

правомерности существования таких групп. В связи с этим необходимо четко определить перечень вопросов, которые могут решать матери, оказывая помощь другим женщинам, а также приемлемые формы работы таких групп.

Несмотря на то что грудное вскармливание ребенка не относится к разряду медицинских проблем, в современном мире налаживанием этого процесса занимаются преимущественно именно медицинские работники.

Участие в оказании помощи кормящим матерям обычных женщин, даже и имеющих собственный положительный опыт грудного вскармливания, вызывает вопросы и непонимание. Имеют ли право эти женщины заниматься тем, чем обычно занимались и занимаются медицинские работники? Между тем помощь общественности в решении более медицинских задач, чем организация успешного грудного вскармливания, имеет в нашей стране глубокие исторические корни.

"Общество попечения о раненых и больных" — под таким названием в 1867 г. в Петербурге была создана организация, широко известная в наше время как Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца. Основание русского Общества попечения о раненых и больных воинах явилось продолжением гуманной деятельности передовых людей России, зародившейся еще в глубине веков [5, 12].

Известный хирург Н. И. Пирогов был первым, кто организовал Общину сестер милосердия, Крестовоздвиженскую общину (1854), и добился активной ее деятельности в период Крымской войны. Большой успех начатого им дела по добровольному привлечению общественных сил и, в частности, женского труда для попечения о раненых и больных воинах получил широкое одобрение как внутри страны, так и за рубежом. Н. И. Пирогов не только организовал и возглавил первое в истории учреждение Красного Креста, но и сыграл важную роль в создании Международного Красного Креста [19]. Крестовоздвиженская община сыграла прогрессивную роль в качестве первого опыта организации общественной медицинской помощи во время войны, оказав влияние на активизацию гражданской общественной медицины в России.

Вся история советского здравоохранения тесно связана с развитием самодеятельности трудящихся, которая приняла массовый характер, имела многообразные формы и дала огромные результаты в борьбе с инфекциями, за оздоровление условий труда и быта народов СССР. Организацией, которая сплотила широкие слои советской общественности вокруг решения вопросов здравоохранения, борьбы с эпидемиями, активной санитарной помощи органам здравоохранения, явился Советский Красный Крест.

Формы и методы самодеятельности трудящихся развивались и видоизменялись. От участия в рабочих комиссиях по борьбе за чистоту через секции здравоохранения Советов, комиссии оздоровления труда и быта, сельские санитарные комиссии к широкому народному движению за санитарную культуру — таков был путь развития самодеятельности трудящихся в области охраны здоровья. Хотя ее формы менялись, существо работы оставалось неизменным: обеспечение успеха оздоровительных мероприятий, повышение санитарной культуры

населения, постоянный эффективный общественный контроль за деятельностью ЛПУ [3, 4, 10, 17].

Организации Красного Креста и Красного Полумесяца принимали активное участие в работе Народных университетов и школ здоровья, кабинетов санитарного просвещения в колхозах и совхозах, "Комнат здоровья" при жилищных конторах, создаваемых органами здравоохранения и отделениями Всесоюзного общества "Знание". Говоря о работе сотен тысяч активистов Советского Красного Креста, помогавших медицинским работникам, следует подчеркнуть главное — добровольность и энтузиазм этих людей, отдававших свои знания, силы и свободное время заботе о здоровье и благополучии советских людей.

В 1947 г. вышел Приказ Министерства здравоохранения СССР о привлечении актива Общества Красного Креста (Красного Полумесяца) для проведения санитарно-просветительной работы, участия в борьбе за снижение заболеваемости, в частности с острыми инфекционными заболеваниями, малярией, туберкулезом, раком, травматизмом, а также для проведения мероприятий по охране здоровья матери и ребенка [18].

В 1960 г. Исполком Советского Общества Красного Креста и Красного Полумесяца разработал и утвердил методические указания и программы по подготовке санитарного актива в помощь медицинским работникам для проведения широких санитарно-профилактических мероприятий в городах и сельской местности по борьбе с инфекционными, паразитарными, онкологическими заболеваниями и алкоголизмом [15]. Такой актив готовился из числа членов Обществ, ранее прошедших обучение по программам подготовки санитарных дружин и санитарных постов, общественных санитарных инспекторов, а также в кружках по уходу за больными на дому. Для них проводили дополнительные занятия по специальным программам, утвержденным Исполкомом.

Подготовку активистов осуществляли на базе ЛПУ: здравпункта, поликлиники, больницы, амбулатории, фельдшерско-акушерского пункта, сельской врачебной участка, санитарно-эпидемиологической станции или диспансера. Руководители ЛПУ для занятий с санитарным активом выделяли врачей-специалистов: инфекционистов, педиатров, окулистов, эпидемиологов и др. Практические занятия проводили средние медицинские работники под руководством и контролем врачей. Врачи и средний медицинский персонал занимались подготовкой санитарного актива на общественных началах.

После окончания обучения активистов прикрепляли к отдельным ЛПУ, где они работали по заданиям врачей. Такой актив назывался профилированным, т. е. специально подготовленным для профилактики и борьбы с определенными инфекционными или другими заболеваниями. Благодаря этому у врачей-педиатров, фтизиатров, окулистов, инфекционистов, онкологов и др. имелись общественные помощники — профилированный санитарный актив. Например, активисты помощники врача-педиатра систематически посещали закрепленные за ними семьи, в которых имелись дети грудного возраста. Они интересовались здоровьем и развитием детей, давали матерям советы по вскармливанию и уходу за ребенком, контролиро-

вали своевременность проведения прививок детям, в частности против дифтерии.

С первых лет советской власти особое внимание уделялось участию общественности в охране здоровья матери и ребенка. Огромная работа была проведена в постоянных комиссиях по охране материнства и детства — ОМД при сельских и районных Советах, ясельных комиссиях, Советах социальной помощи при детских консультациях. Самое активное участие во всех этих мероприятиях принимало Общество Красного Креста.

В этом отношении представляет собой интерес опыт успешного сотрудничества органов здравоохранения и актива ОМД Общества Красного Креста в Алтайском крае и Орловской области [7, 16]. Учитывая большую роль общественности в решении конкретных вопросов ОМД, борьбе за дальнейшее снижение заболеваемости и смертности, местные отделы здравоохранения и комитеты Красного Креста подготовили Постановления "О мерах по широкому привлечению актива Общества Красного Креста в борьбу за охрану здоровья детей". Были подготовлены и разосланы всем медицинским работникам методические письма, изданы массовым тиражом плакаты "Забота о детях — всенародное дело", "Здоровье детей — под контроль общественности", пропагандирующие работу профилированного актива ОМД. Особое внимание уделялось обучению актива в соответствии с его задачами. Эта работа строилась в тесном контакте и под непосредственным руководством участковых врачей. Патронаж беременных, наблюдение за развитием детей, своевременное проведение профилактических прививок, широкая санитарно-просветительная работа, озеленение и благоустройство дворов и улиц, организация детских площадок, игр, культпоходов, кружков, санитарное обследование квартир — вот далеко не полный перечень различных форм добровольного труда активистов.

Следует отметить, что особое внимание в работе общественниц уделялось "повседневной борьбе за грудное вскармливание... Одним из главнейших моментов сохранения жизни ребенка, обеспечения нормального его развития является правильное грудное вскармливание. Организация такого вскармливания, своевременный прикорм могут быть хорошо организованы в тех случаях, когда медицинские работники разъяснят матерям значение этого важного в жизни ребенка момента и при помощи санитарных уполномоченных будут осуществлять не только контроль, но и активно вмешиваться в решение этих вопросов. Целесообразно санитарному активисту не реже чем 1—2 раза в неделю навещать новорожденного и следить за исполнением рекомендаций медицинских работников... Очень важно, чтобы санитарный актив систематически контролировал и предотвращал очень ранний прикорм и особенно искусственное вскармливание" [17].

В наше время матери из групп материнской поддержки грудного вскармливания, так же как и общественницы санитарного актива Советского Красного Креста, объединяются на добровольной основе с целью оказания помощи друг другу. Если рассматривать грудное вскармливание как медицинскую проблему, то практическая помощь, оказываемая одной матерью другой, может быть отнесена к первой медицинской помощи. В соответст-

вии с существующей в российском здравоохранении классификацией видов медицинской помощи к первой медицинской помощи относятся самопомощь, взаимопомощь, помощь санитарного работника [8].

Основные формы работы современных групп материнской поддержки следующие: консультации по телефону; проведение лекций и бесед с беременными и кормящими женщинами; личная помощь кормящим матерям в налаживании грудного вскармливания; выпуск и распространение информационных материалов о грудном вскармливании, в том числе размещение их на собственных сайтах в Интернет; пропаганда грудного вскармливания через СМИ; организация массовых мероприятий в поддержку грудного вскармливания, например участие в проведении Международной недели грудного вскармливания (1—6 августа) и др.

Все матери проходят через собственный опыт кормления грудью. Однако личного, пусть даже и успешного опыта, не хватает для помощи и консультирования других матерей, необходимо получать больше знаний, обмениваться современной информацией. Эти задачи могла бы решить специальная программа обучения мам из групп поддержки грудного вскармливания. Точно так же, как в свое время создавались программы и обучающие материалы для подготовки профилированного актива, в настоящее время необходима разработка информационно-методических материалов для мам из групп поддержки. Научно-практическим центром по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания Министерства здравоохранения и социального развития РФ при техническом содействии представительства ЮНИСЕФ в России разработан пакет информационных, обучающих и санитарно-просветительных материалов для групп материнской поддержки, включающий в себя пособие по обучению матерей [2], руководство по организации работы групп поддержки [1], буклеты для беременных женщин, родильниц и кормящих матерей, плакат "Мы — за грудное вскармливание!"

Таким образом, создание групп материнской поддержки грудного вскармливания в России, в основе которого в значительной степени лежит развитие международной Инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ "Больница, доброжелательная к ребенку", представляет собой добровольное объединение матерей для оказания помощи друг другу в сохранении грудного вскармливания. Богатый опыт взаимодействия российского здравоохранения и Общества Красного Креста, уходящий истоками во времена Н. И. Пирогова и особенно ярко проявившийся в годы становления советского здравоохранения, показал большую эффективность сотрудничества медицинских работников и добровольных представителей общественности в пропаганде медико-гигиенических знаний, проведении оздоровительных и профилактических мероприятий, оказании первой медицинской помощи. Накопленный исторический опыт позволяет сделать выводы о том, что для успешной работы добровольных объединений матерей в поддержку грудного вскармливания важно их взаимодействие с медицинскими работниками, разработка научно обоснованных программ подготовки матерей-консультантов, информационно-методических и санитарно-просветительных материалов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Общественные группы материнской поддержки и их работа по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания / Абольян Л. В., Дакинова Л. Н., Мозжухина Л. И. и др. — М., 2006.
2. Абольян Л. В., Даутова Л. А. Помощь матерям в кормлении грудью: курс обучения. — М., 2006.
3. Акулов К. И., Тюлядин А. Д. // Гиг. и сан. — 1977. — № 5. — С. 44—47.
4. Ашурков Е., Каневский Л. // Сов. Красный Крест. — 1954. — № 4. — С. 2—3.
5. Барсуков М. И. Красный Крест и Красный Полумесяц СССР (исторический очерк). — М., 1955.
6. Волкова Е. В. // Вопр. соврем. педиатр. Приложение: Сборник материалов X конгресса педиатров России. — 2006. — Т. 5, № 1. — С. 110.
7. Готлиб В. О. // Сов. здравоохран. — 1959. — № 6. — С. 22—25.
8. Денисов И. Н., Иванов А. И. // Общественное здоровье, управление здравоохранением и подготовка кадров. — М., 2002. — С. 165—171.
9. Естух О. В. // Вопр. соврем. педиатр. Прил.: Сборник материалов X Конгресса педиатров России. — 2006. — Т. 5, № 1. — С. 191.
10. Иванова З. // Сов. Красный Крест. — 1954. — № 4. — С. 3.
11. Казакова Л. В. // Вопр. соврем. педиатр. Прил.: Сборник материалов X Конгресса педиатров России. — 2006. — Т. 5, № 1. — С. 231.
12. Ключевский В. Добрые люди древней Руси. — М., 1892.
13. Коняева Н. А. // Социально-культурная деятельность: поиски, проблемы, перспективы. — М., 1999. — С. 93—104.
14. Коняева Н. А. Формирование материнского поведения в условиях социально-культурной деятельности: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. — М., 2005.
15. Майорова З. С. // 100 лет Красного Креста в нашей стране / Под ред. Г. А. Митерева. — М., 1967. — С. 147—199.
16. Постановление медицинского совета отдела здравоохранения Орловского облисполкома и президиума Орловского обл. комитета общества Красного Креста "О мерах по широкому привлечению актива общества Красного Креста в борьбу за охрану здоровья детей". — Орел, 1958.
17. Похвалин В. П., Товбин М. М. // 100 лет Красного Креста в нашей стране / Под ред. Г. А. Митерева. — М., 1967. — С. 79—111.
18. Приказ Министра здравоохранения Союза ССР № 310 от 11 авг. 1947 г. // Бюл. Моск. обл. об-ва здравоохран. — 1947. — № 7. — С. 9—12.
19. Чикаленко Н. И. // 100 лет Красного Креста в нашей стране / Под ред. Г. А. Митерева. — М., 1967. — С. 11—51.

Поступила 26.01.09

# Медицинское страхование

© Г. Р. БУЛЬХИНА, 2010  
УДК 614.2:616-058:368

Г. Р. Бульхина

## СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС В ОРГАНИЗАЦИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Медицинская страховая компания "АСКО-ВАЗ" г. о. Тольятти Самарской области

Г. Р. Бульхина — нач. отд. (bgr@askovaz.ru)

*Представлен 3-летний опыт медицинской страховой компании "АСКО-ВАЗ" в использовании приемов социологических исследований для изучения степени удовлетворенности граждан взаимодействием с медицинской подсистемой при получении медицинской помощи и информированности медицинского персонала о функционировании системы обязательного медицинского страхования.*

**Ключевые слова:** застрахованный, страхователь, стандарт медицинской помощи, социологический опрос, качество медицинской помощи

### THE SOCIOLOGICAL SURVEY IN THE ORGANIZATION OF EVALUATION OF QUALITY OF MEDICAL CARE IN THE SYSTEM OF MANDATORY MEDICAL INSURANCE

G.R. Bulhina

*The three-year experience of medical insurance company "ASKO-VAZ" of implementing the technique of sociologic surveys is discussed. The purpose was to study the degree of citizens' satisfaction of their interaction with medical sub-system in receiving medical care. The issue of awareness of medical personnel about functioning of system of mandatory medical insurance was examined.*

**Key words:** insured person, insurer, medical care standard, sociological survey, quality of medical care

С введением Приказа № 111 Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) от 26 мая 2008 г. "Об организации контроля объемов и медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования" [2] на субъекты системы ОМС, осуществляющие контроль качества медицинской помощи, нормативно возложена функция оценки удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью. В отчетной форме ведомственного статистического наблюдения № ПГ (Права граждан), передаваемой страховыми медицинскими организациями в фонд ОМС, с 2008 г.

также введены данные по количеству проведенных социологических исследований. Все это направлено на достижение главной цели модернизации российского здравоохранения — повышения доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения. Реализация любой цели требует организации обратной связи. И оценка удовлетворенности пациентов процессом оказания медицинской помощи через изучение их субъективного мнения является единственной формой изучения эффективности проводимых реформ и приоритетных программ в здравоохранении.

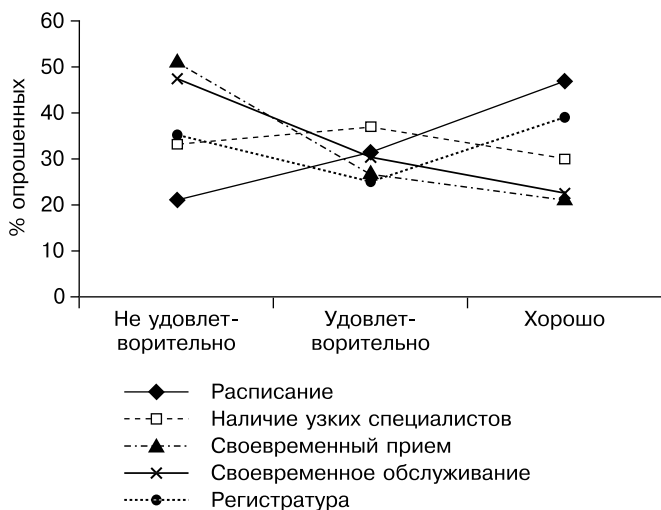


Рис. 1. Оценка работы поликлиник.

В нашей стране уже накоплен определенный опыт по использованию социологических методов исследования для обеспечения необходимой информацией руководителей различных уровней управления системы здравоохранения и ОМС. С 1997 г. разработаны и внедрены региональные программы социологического мониторинга, позволяющие реализовать постоянно действующую систему сбора информации с различных уровней организации и предоставления населению медицинской помощи [1].

Отсутствие единых унифицированных методических подходов к анализу и оценке результатов вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи не позволяло до настоящего времени проводить сравнительный анализ динамики изменения доступности и качества медицинской помощи и ее важнейших компонентов, в том числе удовлетворенности пациентов по различным регионам РФ. Усовершенствование нормативной базы по вопросам вневедомственной экспертизы позволит устранить эту брешь.

Медицинская страховая компания (МСК)

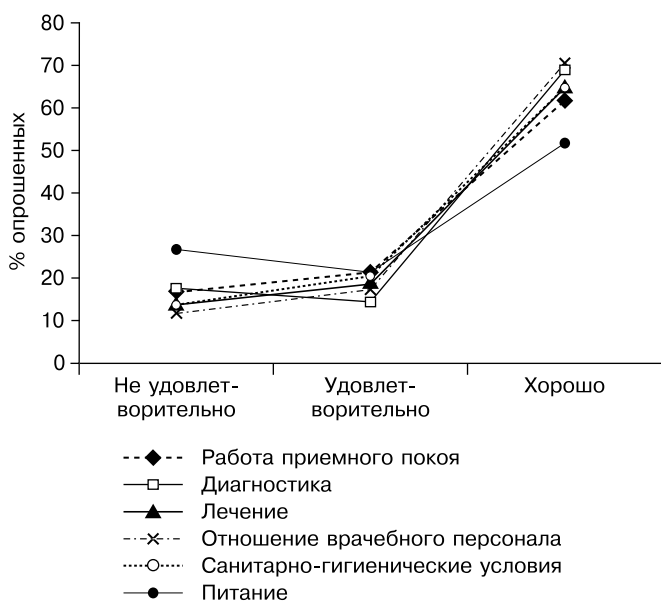


Рис. 2. Оценка работы стационаров.

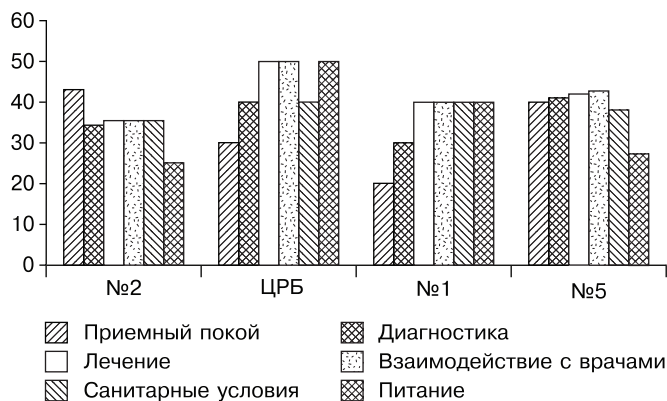


Рис. 3. Оценка работы стационаров по видам лечебных услуг.

По оси ординат — проценты.

"АСКО-ВАЗ" г. о. Тольятти Самарской области достаточно давно стала использовать приемы социологических исследований населения. Изначально они касались в большей степени анализа потребности в добровольном медицинском страховании. Последние 3 года страховая медицинская организация широко использует приемы социологических исследований как для изучения степени удовлетворенности граждан от взаимодействия с медицинской подсистемой при получении медицинской помощи, так и с целью оценки информированности медицинского персонала лечебных учреждений по функционированию системы ОМС. В последнее время остро проявляется потребность оценки работы системы ОМС "лечебниками", выявления проблем в функционировании различных уровней системы здравоохранения практикующими врачами, оценки объемов получаемой информации в лечебных учреждениях, определения проблем в системе взаимодействия между этапами оказания медицинской помощи, в вопросах преемственности и т. д.

С 2009 г. МСК "АСКО-ВАЗ" для проведения социологических исследований в системе ОМС стала привлекать маркетинговые организации по изучению общественного мнения. Таким образом, мы перешли на профессиональный уровень оценки удовлетворенности граждан качеством медицинской помощи в системе ОМС.

Основными задачами проводимых социологических исследований МСК "АСКО-ВАЗ" на сегодняшний день являются:

- изучение доступности медицинской помощи в системе ОМС;
- изучение информированности населения по вопросам медицинского обслуживания в системе ОМС;
- изучение удовлетворенности качеством медицинской помощи как показателя, отражающего объективное состояние системы здравоохранения и индивидуальное восприятие ее личностью, выражающей интересы определенных социальных слоев населения.

По данным последних социологических опросов, проведенных совместно с маркетинговым агентством "РеКа" в форме анкетирования граждан в г. Тольятти в объеме статистически достоверных выборок, выявлены значительные различия в уровне удовлетворенности застрахованных нами лиц

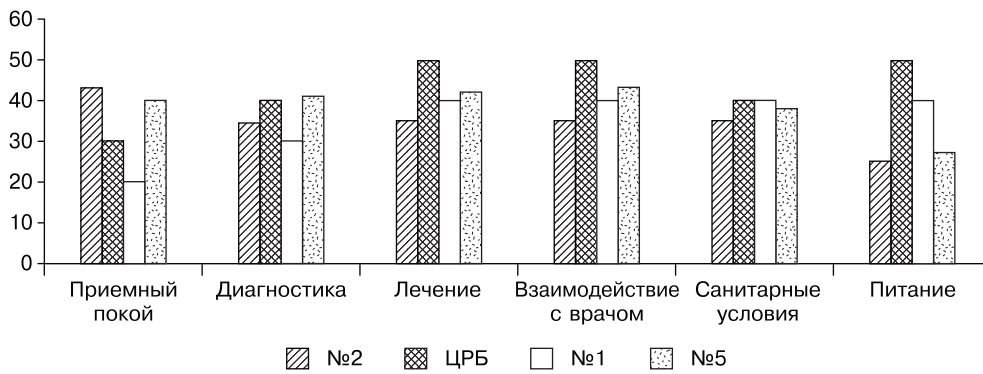


Рис. 4. Оценка работы стационаров по критериям.

амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощью.

Для оценки уровня удовлетворенности работой поликлиник респондентам предлагалось оценить ряд критериев, таких, как расписание приема врачей, наличие узких специалистов, возможность своевременно попасть на прием к нужному специалисту, возможность своевременно пройти необходимое обследование, работа регистратуры. По всем указанным критериям респондентам предлагалось выставить оценки по системе, где "1" соответствует чрезвычайно низкой организации работы, "5" — очень высокой.

На рис. 1 показан уровень удовлетворенности в среднем по всем поликлиникам города. Самым низким оказался уровень удовлетворенности по таким критериям, как своевременный прием и своевременное обслуживание.

Большинство респондентов крайне низко оценили эти критерии. Было высказано много нареканий на длительность обслуживания. Посетители поликлиник указывали на то, что на посещение участков терапевтов, отдельных узких специалистов и прохождение отдельных видов обследования приходится выстаивать многочасовые очереди.

Для оценки уровня удовлетворенности работой стационаров респондентам предлагалось оценить такие критерии, как работа приемного покоя, диагностика, лечение, взаимодействие с лечебным персоналом, санитарно-гигиенические условия, питание. По всем указанным критериям респондентам предлагалось выставить оценки по пятибалльной системе, где "1" соответствует чрезвычайно низкой организации работы, "5" — очень высокой.

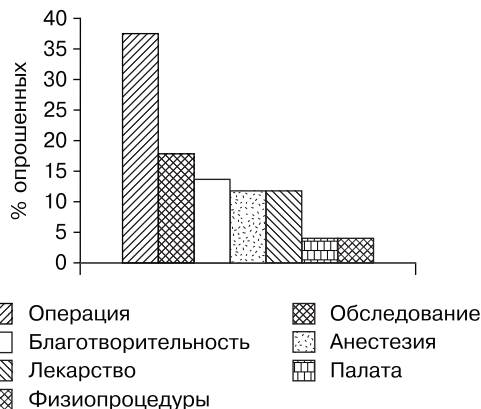


Рис. 5. Распределение оплаты по видам услуг.

На рис. 2 показан уровень удовлетворенности в среднем по всем стационарам г. о. Тольятти. В целом респонденты оценивали работу стационаров положительно. Самый низкий уровень удовлетворенности показал такой критерий, как питание, самый высокий — отношение врачебного персонала.

Для получения более детальной информации ответы респондентов распределили по месту

получения стационарной помощи в системе ЛПУ г. о. Тольятти (рис. 3, 4).

На рис. 3 видно, что общий уровень удовлетворенности у пациентов Ставропольской центральной районной больницы (ЦРБ) Самарской области выше.

В блоке оценки вложения личных средств граждан для получения медицинской помощи из общего количества опрошенных респондентов оплачивали услуги стационарной и/или амбулаторной помощи 36%, из них услуги стационарной помощи оплачивали 8,17%, услуги амбулаторной помощи — 23,83%, а услуги стационарной и амбулаторной помощи — 3,2%. Необходимо отметить, что 8% респондентов, имеющих полис добровольного медицинского страхования, также вносили плату за стационарную помощь.

Подавляющее большинство респондентов оплачивали операцию. На втором месте по количеству дополнительных взносов находится обследование, далее следуют благотворительная помощь, анестезия, лекарственное обеспечение, отдельная палата и физиопроцедуры (рис. 5).

Был задан вопрос по источникам информированности граждан об их правах при получении медицинской помощи и организациям, куда обращаются граждане при возникновении вопросов по получению бесплатной медицинской помощи.

Только 15,33% респондентов информированы о функции страховых медицинских организаций по



Рис. 6. Информированность граждан об их правах и организациях, куда подлежит обращаться по вопросам получения бесплатной медицинской помощи.



защите прав застрахованных, 24,17% респондентов не знают, куда обращаться при недоступности и плохом качестве оказываемой медицинской помощи (рис. 6).

Исходя из данных, полученных в результате социологических исследований, МСК "АСКО-ВАЗ" расширила информационно-разъяснительную работу с застрахованными и страхователями в виде индивидуальных и публичных форм. Проводится дополнительная работа с лечебными учреждениями по разделению платных и бесплатных медицинских услуг: анализ нагрузок врачей, работающих в системе ОМС, с целью оценки доли "платных пациентов" в структуре посещений; оценка выполнения требований по стандартам медицинской помощи при оказании медицинской помощи в системе ОМС и т. д.

Таким образом, проведение социологических опросов с целью оценки качества и доступности медицинской помощи не только является индикатором данных критериев в системе ОМС, но и по-

зволяет страховым медицинским организациям ориентироваться в направлениях деятельности:

— по организации медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи;

— по работе с представителями лечебных учреждений по оптимизации оказания бесплатной медицинской помощи застрахованным;

— по разъяснительной работе с общественностью и страхователями с целью индивидуальной и публичной информированности граждан об их правах в системе ОМС.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Линденбрaten А. Л., Дубоделова Н. К. // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и соц. развития. — 2006. — № 1. — С. 31—37.
2. Приказ Федерального фонда ОМС № 111 от 26.05.2008 г. "Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования". — М., 2008.

Поступила 15.02.10

## Образование и кадры

© Т. Н. ИЩУК, 2010

УДК 614.252.2:616-084

Т. Н. Ищук

### ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

ФГОУ Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, Москва

Т. И. Ищук — нач. отд. (tatischuk2@mail.ru)

*Представлены результаты анализа учебных программ профилактического направления последипломной подготовки руководителей Центров медицинской профилактики и медицинских работников. Предложены конкретные меры по совершенствованию системы профилактической подготовки организаторов здравоохранения, клиницистов и среднего медицинского персонала. Кадровая политика, направленная на достижение высоких результатов работы и профессионального роста медицинских и фармацевтических работников, определяет особую роль медицинской профилактики и формирования здорового образа жизни в программах обучения на всех уровнях образования, а также при аттестации и сертификации специалистов отрасли здравоохранения.*

**Ключевые слова:** медицинская профилактика, пропаганда здорового образа жизни, профилактическая медицина, гигиеническое воспитание, последипломная подготовка

#### THE POSTGRADUATE TRAINING IN PREVENTIVE MEDICINE

T.N. Ischuk

*The results of analysis of education programs in prevention developed for postgraduate training of managers of medical prevention Centers and medical personnel are discussed. The practical measures are proposed to enhance the training system in prevention for public health managers, clinicians and paramedical personnel. The personnel policy targeted to achieve higher activities results and professional development of medical and pharmaceutical personnel determine characteristic role of medical prevention and formation of healthy life-style in the training programs on all levels of education and at certification and validation of health professionals.*

**Key words:** medical prevention, healthy life-style education, preventive medicine, health education, postgraduate training.

Совершенствование профилактической медицины привлекает пристальное внимание в связи с тем, что профилактическая направленность считается одним из основополагающих принципов развития национального здравоохранения, а уровень медицинской профилактики и формирования здорового образа жизни является важным социально-экономическим показателем [4, 7, 9].

Развитие и совершенствование профилактического направления медицины сопряжены с поиском новых теоретических предпосылок и технологий, что выражается в управленческих преобразованиях и в соответствующей подготовке медицинских кадров [6, 12].

Сохранение и укрепление здоровья населения на региональном и местном уровнях находятся в

прямой зависимости от степени участия в обучении граждан здоровому образу жизни и объяснении его непосредственного влияния на здоровье медицинских работников [10]. Однако четкое представление об основах, путях и способах формирования здорового образа жизни как у населения, так и у работников здравоохранения нуждается в уточнении [2].

В настоящее время все большую актуальность приобретает наличие и эффективное использование всесторонних профилактических знаний в различных сферах государственной и муниципальной медицинской деятельности. Компетентность в вопросах первичной медицинской профилактики в первую очередь важна для руководителей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), которые принимают профилактические решения в отношениях с медицинскими работниками, пациентами и различными медицинскими и немедицинскими организациями. Поэтому в первую очередь профессиональная профилактическая подготовленность должна касаться руководителей здравоохранения. Знание основ медицинской профилактики и владение ими для должностного лица имеют не меньшее значение, чем знание вопросов диагностики и лечения заболеваний и организации деятельности учреждения [1, 8]. В субъектах Российской Федерации системой профилактического образования должны быть охвачены все специалисты, связанные в своей деятельности с оказанием медицинских услуг населению [3].

Профилактическое обучение должно стать обязательной составной частью общей подготовки врача. Без знаний профилактических норм, регулирующих профессиональную медицинскую деятельность, врач не может на должном уровне выполнять свои служебные обязанности. Качество и эффективность лечебно-диагностической помощи населению зависят от профилактической образованности медицинских работников, поскольку высокий уровень знаний основ первичной медицинской профилактики способствует более полному обеспечению прав граждан в сфере охраны здоровья [11].

В связи с вышесказанным актуальна оптимизация стратегии и методики профилактического обучения и воспитания медицинского персонала, должностных лиц системы здравоохранения, организаторов здравоохранения. Это будет способствовать повышению качества лечебно-профилактической помощи и общего уровня здоровья населения [5, 11].

На базе РМАПО МЗ РФ было проведено исследование для обоснования инновационных подходов к улучшению системы подготовки кадров по медицинской профилактике. Объектом исследования явились медицинские кадры, проходящие усовершенствование на факультете повышения квалификации врачей (ФПК) РМАПО Москвы, предметом исследования — профилактическая составляющая учебных программ лечебного, медико-профилактического и педиатрического факультетов РМАПО.

С целью определения объемов преподавания вопросов первичной медицинской профилактики при повышении квалификации врачей проанализированы учебные программы лечебного, медико-профилактического и педиатрического факультетов РМАПО.

Анализ профилактической компоненты обучения врачей на ФПК показал следующее. Среди опрошенных руководителей ЦМП 53,3% респондентов не проходили обучение на ФПК врачей за последние 5 лет, 38,2% проходили обучение 3—4 года назад и только 8,5% обучались в течение последних двух лет. Среди врачебного персонала за последние 5 лет не проходили обучение 47,4% опрошенных, 31,1% проходили обучение 3—4 года назад, 21,5% обучались в течение последних двух лет.

Изучение учебной программы цикла тематического усовершенствования "Система оценки здоровья" для клинических (учебных) ординаторов ФПК Московской медицинской академии показало, что профилактическому регулированию здравоохранения посвящается 18 учебных часов. Курс профилактической подготовки специалистов содержит следующие разделы: "Основы профилактики в обществе", "Профилактические основы социального и медицинского обеспечения", "Профилактические основы медицинской деятельности". Указанные темы охватывают все стороны профилактического регулирования медицинской деятельности.

Анализ учебных программ последипломной подготовки специалистов клинического профиля (терапевтов, кардиологов, хирургов, травматологов и других — всего 27 программ) выявил, что они практически не содержали вопросов профилактической регламентации медицинской деятельности указанных специалистов.

Учитывая недостаточную профилактическую грамотность медицинского персонала, можно сделать вывод, что для достижения должного уровня и объема профилактических знаний необходимо совершенствование системы профилактической подготовки медицинских работников.

На додипломном уровне мы предлагаем:

- 1) усовершенствование преподавания курса "Профилактика заболеваемости" в высших и средних медицинских образовательных учреждениях;
- 2) введение во всех медицинских вузах и средних специальных учебных заведениях дисциплины "Первичная медицинская профилактика";
- 3) включение в программу последних курсов обучения медицинского персонала элективных циклов по факторам риска.

Особенно важным является повышение уровня подготовки медицинских работников по основам первичной медицинской профилактики на последипломном уровне. Для этого требуется следующее.

1. Включение в квалификационные характеристики организаторов здравоохранения навыков применения профилактических норм различных разделов первичной медицинской профилактики.
2. Включение вопросов по профилактической деятельности учреждений здравоохранения в перечень вопросов при подготовке к аттестации.
3. Включение в систему последипломной подготовки врачебного и сестринского персонала циклов усовершенствования по профилактическим аспектам деятельности учреждений здравоохранения.
4. Включение в систему последипломной подготовки элективных циклов для руководителей ЦМП по наиболее актуальным проблемам медицины и здоровья.

Не менее важным является усовершенствование

деятельности органов управления здравоохранением по повышению профилактической грамотности медицинских работников. Последняя должна включать:

1) организацию органами управления здравоохранением семинаров с руководителями ЦМП, включающих решение тестовых вопросов и задач по правильному применению профилактических норм в различных разделах первичной медицинской профилактики;

2) издание и распространение методических рекомендаций по профилактическим основам медицинской деятельности;

3) организацию консультаций специалистов по вопросам медицинской профилактики.

Таким образом, одним из актуальных вопросов профилактического регулирования медицинской деятельности является недостаточный уровень профилактических знаний медицинских работников различных звеньев здравоохранения, что обуславливает низкую медицинскую активность населения. Вышеуказанные проблемы требуют проведения кадровой политики, направленной на повышение профессионального уровня медицинских работников путем обеспечения системы сертификации специалистов, основанной на разработке профессиональных стандартов.

1. Блохин А. Б. // Менеджмент в здравоохранении. — Екатеринбург; Манчестер, 1998. — С. 97—100.
2. Борисенко И. Ф., Бородюк Т. М., Саенко Ю. И. // Врач. дело. — 1992. — № 2. — С. 115—119.
3. Вялков А. И. // Стратегия реформирования регионального здравоохранения: Материалы российской науч.-практ. конф. — М., 2000. — С. 5—8.
4. Гасников В. К. // Информационные технологии и интеллектуальное обеспечение в здравоохранении и охране окружающей среды-99: Материалы VI международного форума. — М., 1999. — С. 16—19.
5. Горобчук В. Г., Бунь Н. А., Яхно Г. Г., Логинов А. Н. // Сов. здравоохран. — 1990. — № 8. — С. 19—23.
6. Денисов И. Н., Мелешко В. П., Душенков П. А. // Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учеб. руководство / Под ред. Ю. П. Лисицына. — Казань, 1998. — С. 443—466.
7. Какорина Е. П. Социально-гигиенические особенности формирования здоровья населения в современных условиях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1999.
8. Ладыгин А. П., Афанасьев А. П., Хабриев Р. У. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 1991. — № 1. — С. 12—14.
9. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. — М., 2002.
10. Сандлер М. В. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 1990. — № 5. — С. 24—28.
11. Шепин О. П., Стародубов В. И., Линденратен А. Л., Галанова Г. И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. — М., 2002.
12. Malecki J., Brumback C. L. // J. Publ. Hlth Manag. Pract. — 2003. — Vol. 9, N 2. — P. 89—90.

Поступила 20.10.10

## За рубежом

© Г. Э. УЛУМБЕКОВА, 2010

УДК 614.2(100)

Г. Э. Улумбекова

### ОПЫТ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА РУБЕЖОМ

Региональная общественная организация "Ассоциация медицинских обществ по качеству"

Г. Э. Улумбекова — председатель правления (ge@astmok.ru)

*В данной статье анализируются объемы финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и порядок ее формирования за рубежом. Более высокое финансирование здравоохранения позволяет развитым странам обеспечивать практически все население бесплатно полным спектром современных медицинских вмешательств (пакет госгарантий), включая обеспечение лекарственными средствами в амбулаторных условиях, и в большинстве случаев услуги по долговременному уходу.*

*Общая тенденция для стран с развитой рыночной экономикой (в целях достижения баланса между имеющимися финансовыми ресурсами и заявленными гарантиями для населения) — переход с общих принципов ("все, что необходимо") при реализации гарантий на более прозрачные методы.*

**Ключевые слова:** программа государственных гарантий, рacionamento, пакет государственных гарантий, стандарты медицинской помощи

#### THE EXPERIENCE OF PUBLIC GUARANTEES OF FREE-OF-CHARGE MEDICAL CARE FOREIGN COUNTRIES

G.E. Ulumbekova

*The article deals with the analysis of the volumes of financing of public guarantees program of free-of-charge medical care and its algorithm of its elaboration in foreign countries. In the advanced countries, the higher financing of public health permit to ensure factually overall population the full free-of-charge spectrum of up-to-date medical interventions as a "public guarantees pack". It includes the pharmaceuticals supply in outpatient conditions and in most cases the long-term care services.*

*In economically advanced countries, the general trend is the transfer from fundamental principles ("everything needed") to the more transparent approaches in case of implementation of the guarantees to achieve the balance between actual financial resources and stated population guarantees.*

**Key words:** public guarantees program, rationing, public guarantees pack, medical care standards

В развитых странах солидарные (государственные) источники финансирования (обязательное медицинское страхование — ОМС и/или централизованные налоги) в общих расходах на оказание медицинской помощи составляют в среднем 6,6% ВВП, в России — 3,7% ВВП, т. е. в 1,8 раза меньше. В абсолютных величинах (на душу населения в год по паритету покупательной способности — \$ППС) из общественных источников на здравоохранение в России тратится в 3,8 раза меньше, чем в странах ОЭСР<sup>1</sup>: соответственно 577 и 2200 \$ППС.

Расходы населения на медицинскую помощь как через систему добровольного медицинского страхования (ДМС), так и из личных средств (соплатежи) составляют в общих расходах в Российской Федерации 32%, что в 1,6 раза выше, чем в странах ОЭСР (в среднем 20%).

Такое финансирование здравоохранения позволяет развитым странам бесплатно обеспечивать практически всему населению полный спектр современных медицинских вмешательств (пакет госгарантий или страховых гарантий). Исключение составляют Германия, США, Турция и Мексика. В Германии 10% населения, получающего высокие доходы, по закону застрахованы в системе ДМС (объем покрытия услуг аналогичен таковому в системе ОМС). В США, Турции и Мексике страхование<sup>2</sup> не является всеобщим и обязательным. В этих странах гарантий по обеспечению медицинской помощью не имеют соответственно 16, 30 и 50% населения. Наличие незастрахованного населения ведет к позднему обращению за медицинской помощью (с более запущенными стадиями заболеваний), отказу от медицинских услуг или к катастрофическим расходам, которые делают обратившегося за медицинской помощью банкротом [9].

Содержание пакета государственных гарантий в большинстве рассматриваемых стран покрывает практически все виды медицинских и медико-социальных услуг, в том числе: услуги врачей, работающих в амбулаторных условиях, диагностические исследования, стационарное лечение при большинстве заболеваний, неотложную и скорую медицинскую помощь, услуги родовспоможения, медико-социальные услуги и обеспечение лекарственными средствами (ЛС) в амбулаторных условиях. Поскольку финансовое обеспечение пакета госгарантий в этих странах существенно выше, чем в Российской Федерации, то спектр услуг, их качество и доступность лучше. Во всех странах ОЭСР практически всем категориям населения из государственных источников покрываются расходы на ЛС в амбулаторных условиях, которые составляют в среднем 250 \$ППС на душу населения в год. В России этот показатель в 5,5 раза меньше — 45 \$ППС.

Очевидно, что чем больше страна тратит на здравоохранение из общественных средств, тем больше гарантий имеет население. В Великобритании в начале 1990-х годов образовались очереди на прием к врачам первичного звена (пациентам при-

ходилось ждать более 3 дней) и появились листы ожидания высокотехнологичных операций (6 мес и более). Чтобы решить эти проблемы, было в 2 раза увеличено финансирование здравоохранения и принят ряд серьезных управленческих решений [4, 7]. Дополнительные средства пошли на оплату медицинских услуг и ресурсное обеспечение подготовки и привлечения врачей в первичное звено здравоохранения, строительство и переоснащение больниц, повышение эффективности управления отраслью.

Ни одна страна не может позволить себе обеспечение полного спектра медицинских потребностей населения, так как средства на здравоохранение всегда ограничены. Любое увеличение объемов государственного финансирования здравоохранения означает увеличение налоговой нагрузки на население и на работодателей. Например, чаще всего из гарантий исключаются косметологические услуги, стоматологическая и психотерапевтическая помощь (Германия, Нидерланды).

В условиях, когда возможность дальнейшего увеличения финансирования медицинской помощи ограничена (население и государство не готовы увеличивать налоговую или страховую нагрузку), для целей упорядоченного распределения медицинской помощи между всеми нуждающимися в ней требуется применение специальных технологий. Эффективное распределение ресурсов на медицинскую помощь принято называть рационированием [8]. Рационирование подразумевает: правильный выбор приоритетов в финансировании медицинской помощи, справедливое распределение имеющихся солидарных ресурсов между группами населения, установление ограничений в потреблении, применение методов, сдерживающих необоснованные затраты на медицинскую помощь, и др.

На схеме 1 представлены уровни, виды и инструменты рационирования медицинской помощи по ПГГ (программа государственных гарантий).

Ограничители при формировании ПГГ могут и не устанавливаться заранее, т. е. правительством просто декларируется, что "ПГГ покрывает все и всем", как это, например, происходит сегодня в России. На практике эта декларация не соблюдается, о чем свидетельствуют наличие платных медицинских услуг, очереди к врачам в поликлиниках и на высокотехнологичные методы лечения, невыполнение современных рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний.

Развитые страны переходят на прозрачные методы балансировки ограниченных государственных ресурсов и потребностей населения в медицинской помощи путем выделения приоритетов и введения ограничителей, т. е. путем исключения конкретных услуг из гарантий [2, 6].

Ограничения могут быть позитивными (включать набор гарантированных услуг и ЛС) или негативными (исключать определенные услуги и ЛС из гарантий). Например, в штате Орегон (США) по программам государственного страхования был составлен перечень из примерно 500 заболеваний и состояний, а также отдельных услуг, наиболее важных для лечения пациентов [3].

В ряде стран при обсуждении вопроса о включении (исключении) дорогостоящих методик в пакет госгарантий устанавливаются количественные показатели. Так, в Великобритании и Австралии

<sup>1</sup>ОЭСР — организация стран экономического сотрудничества и развития; объединяет 30 стран, в том числе ряд стран ЕС, США, Канаду, Японию, Корею, Австралию и Мексику.

<sup>2</sup>В данном случае под страхованием понимается обеспечение медицинской помощью за счет государственных средств (ОМС и бюджеты всех уровней).

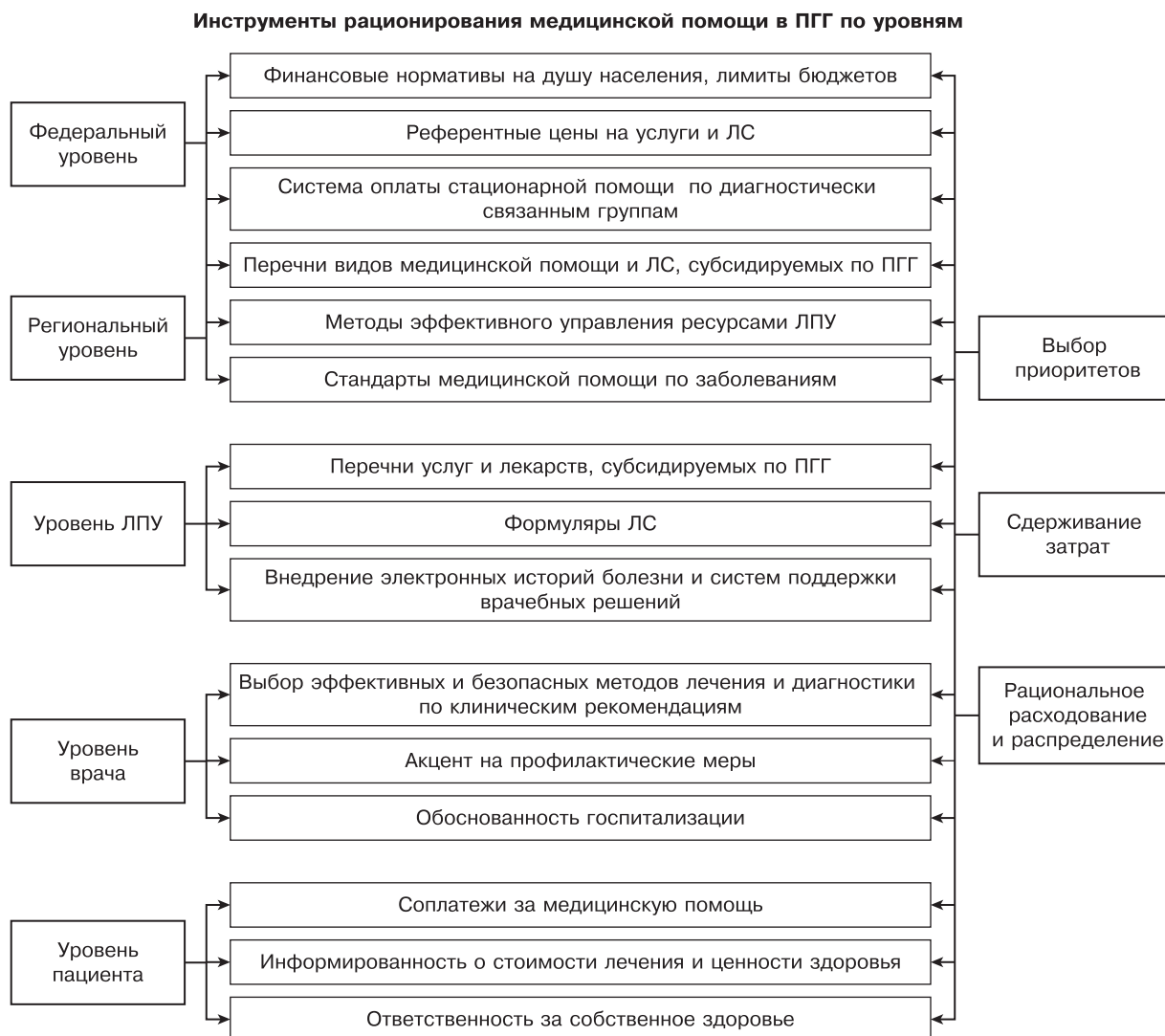


Рис. 1. Инструменты рационарирования на различных уровнях оказания медицинской помощи по ПГГ.

установлена примерная стоимость дополнительного года качественной жизни человека. Например, если курс лечения дает дополнительный год качественной жизни больному, но стоит больше 60 тыс. долл. США в год, лечение не будет оплачено в рамках государственных гарантий. Создаются и другие ограничения, в частности финансовые. Например, устанавливаются: предельный бюджет затрат на государственные гарантии в год (Германия, Франция), предельная цена на ЛС, фиксированные тарифы на медицинские услуги (например, предельная стоимость диагностически связанных групп). Создаются листы ожидания, устанавливаются лимиты по времени ожидания плановых оперативных вмешательств.

Важно, чтобы рационарирование происходило на основе комплексной оценки медицинских технологий (схема 2).

Ни в одной стране в качестве ограничителя или "определителя" ПГГ не используются ни стандарты медицинской помощи по конкретным заболеваниям, как это предлагается ГУ Высшая школа экономики (ГУ-ВШЭ) [1], ни нормативы объема медицинской помощи в расчете на 1 жителя.

Планирование объемов медицинской помощи,

причем только стационарной, используется на региональном уровне в таких странах, как Франция, Германия, Нидерланды и только для целей развития инфраструктуры медицинских учреждений, а не ограничения объемов медицинской помощи по ПГГ. Объемы госпитализаций и обращений к врачу общей практики специально не нормируются, так как считается, что обслужить надо всех, кто обратился. Если при этом при получении каких-либо видов медицинской помощи образовались очереди и/или население начинает выражать недовольство низкой доступностью медицинской помощи, то исследуют причины, которые к этому привели. Среди этих причин могут быть: недостаток ресурсов и средств (недостаточное число врачей в первичном звене, недостаточное финансирование ПГГ, недостаточное число коек, низкая территориальная доступность врачей и учреждений) или повышенное потребление медицинской помощи вследствие как требований самих пациентов, так и излишних назначений врачей.

После анализа причин неудовлетворительной доступности медицинской помощи принимают решение, сбалансированное с имеющимися финансовыми средствами. Если недостаточно средств и

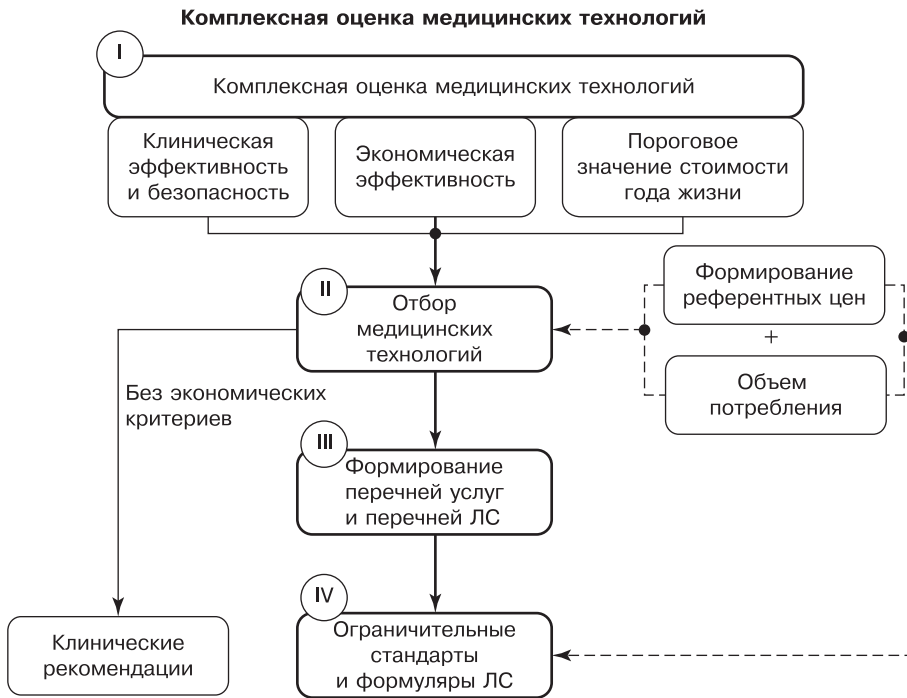


Рис. 2. Комплексная оценка медицинских технологий.

ресурсов, добавляют средства, увеличивают число врачей; если неоправданно высоко потребление, вводят ограничения в потреблении медицинской помощи (для населения это, например, могут быть соплатежи, для врачей — использование клинических рекомендаций и ограничительных перечней или введение определенного способа оплаты услуг врачей). А если резерв средств исчерпан, сокращают перечень видов помощи (услуг), оказание которых предусмотрено по ПГГ.

Что касается стандартов медицинской помощи (как иногда называют клинические рекомендации), то они используются в США, Великобритании, Германии, Нидерландах, Австралии и других странах в качестве рекомендаций для врачей, чтобы подсказать им наиболее правильный и рациональный (в ряде случаев наиболее экономически эффективный) способ лечения того или иного заболевания [5]. Рекомендации, с одной стороны, улучшают качество лечения, с другой — ограничивают излишние назначения. Окончательный выбор тактики лечения конкретного пациента всегда остается за врачом.

Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи, строго говоря, не могут быть обязательными, так как не учитывают особенности течения заболевания и наличие противопоказаний у конкретного пациента, но врач обязан их знать и правильно применять на практике. В некоторых организациях на основе клинических рекомендаций могут разрабатываться протоколы, которые носят более обязательный для внутреннего использования характер. Но при этом для врача всегда остается возможность отклониться от заданного регламента.

В связи с этим следует отметить, что в России применение "обязательных" стандартов медицинской помощи по заболеваниям, тем более оформ-

ленных приказом министра здравоохранения и социального развития РФ (Приказ Минздравсоцразвития России от 11 августа 2008 г. № 410)<sup>3</sup>, приведет к упрощенному применению медицинских технологий и задержке внедрения современных методов лечения и диагностики в практику.

Использование стандартов по заболеваниям в качестве разграничителя между гарантированными и негарантированными потребует объемной административной работы на всех уровнях управления здравоохранением и приведет к излишнему документообороту в медицинской организации.

Таким образом, гарантии должны быть всеобщими, а содержание пакета — обязательно покрывать необходимые и важнейшие потребности населения. Для этого необходимо финансировать здравоохранение из общественных источников на уровне не ниже 6% ВВП.

Общая тенденция для стран с развитой рыночной экономикой — переход с общих принципов ("все, что необходимо") при реализации гарантий на более прозрачные методы (выбор приоритетов, перечень конкретных услуг и ЛС, установление предельных тарифов).

Для полного обеспечения всего населения гарантированным набором медицинских услуг необходимо делать акцент не на замене их оплаты за счет средств ДМС или населения взамен государственных источников, а на двукратном увеличении объемов финансирования из государственных источников.

По ряду направлений гарантии необходимо расширить (обеспечение населения ЛС в амбулаторных условиях). Следует оптимизировать наполнение ПГГ путем установления общепринятых международных нормативов (по видам медицинской помощи, перечням гарантированных ЛС, референтным ценам на медицинские услуги и лекарства, максимальным срокам ожидания плановых госпитализаций).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шевский В. И., Шейман И. М., Шишкин С. В. Модернизация российского здравоохранения: 2008—2020 годы. К IX Международной науч. конф. "Модернизация экономики и глобализация". — М., 2008.
2. Bernstein J. // JBJIS. — 2006. — Vol. 88. — P. 2527—2532.
3. Bodenheimer T. // N. Engl. J. Med. — 1997. — Vol. 337, N 10. — P. 720—723.
4. Healthcare Output and Productivity: Accounting for Quality Change: A Paper by Department of Health. — London, 2005.
5. Implementing NICE Guidance: a Practical Handbook for Professionals. — London, 2001.

<sup>3</sup>Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи".

6. Muriel R. // N. Engl. J. Med. — 2004. — Vol. 350, N 21. — P. 2199—2203.  
7. Putting People at the Heart of Public Services: The NHS Improvement Plan. — London, 2004.  
8. Redwood H. Why Ration Health Care. — London, 2000.

9. Xu K., Evans D., Carrin G., AguilarRivera A. M. Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure: Technical Briefs for Policy Makers No 2. — WHO, Geneva, 2005.

Поступила 16.02.10

# История медицины

© П. И. СИДОРОВ, И. Б. ЯКУШЕВ, 2010  
УДК 616.89:931:001.8

П. И. Сидоров, И. Б. Якушев

## МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ИСТОРИИ ПСИХИАТРИИ

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

П. И. Сидоров — академ. РАМН, д-р мед. наук, проф., ректор (info@nsvu.ru); И. Б. Якушев — канд. мед. наук, доц. каф. (8182-28-57-01).

*Исторический метод все чаще используется для решения различных актуальных вопросов медицины. Особенности методологического подхода к истории этой науки связываются с необходимостью использования исторических приемов в изучении не только медицины, но и других научных дисциплин (в том числе медицинского содержания), а также потребностей общества, от актуализации которых зависело развитие медицины. Изучение проблемы в таком контексте требует применения междисциплинарной системы, которая могла бы осуществить комплементарный методологический подход для более полного понимания исторических закономерностей развития науки и ее перспектив. Такой системой является синергетика, позволяющая оценивать некоторые особенности и закономерности нелинейного процесса истории, замечая неочевидные закономерности, определяя взаимообусловленные алгоритмы и тенденции, ускользавшие от внимания традиционного узкодисциплинарного подхода к истории медицины.*

Ключевые слова: междисциплинарная система, комплементарный подход, синергетика

### THE INTERDISCIPLINARY APPROACH TO THE HISTORY OF PSYCHIATRY

P.I. Sidorov, I.B. Yakushev

*The historical approach is applied ever often to investigate various problems of medicine. The specificity of methodological approach to the history of psychiatry is related with the necessity to implement the historic methods of study not only medicine but other disciplines (non-medical ones included) and the needs of society the progress of medicine depended. The study of problem in this context demands the implementation of the interdisciplinary system to provide the complimentary methodological approach to more comprehensive understanding of historical patterns of development of science and its perspectives. A good example of such a system is synergetics which provide the possibility to evaluate different characteristics and patterns of non-linear historical process. The main target of this approach is to reveal the unobvious patterns, to determine the interdependent algorithms and tendencies escaping from the attention of disciplinary-specific approach to the history of medicine.*

Key words: interdisciplinary system, complementary approach, synergetics

Исторический метод исследования медицины все чаще используется для решения различных актуальных вопросов медицины. Исторические исследования стоят в одном ряду с клиническими, биохимическими, экспериментальными, психологическими и другими методами, вопросами организации лечебно-профилактической помощи. Периодически повторяющийся исследователями анализ этапов развития клинической психиатрии (КП) неизбежен: каждое научное поколение выявляет новые факты, применяя к ним новые методологические идеи. При подобном подходе оказывается, что даже "многократно описанный период становления «...» медицины таит в себе много неизвестного"<sup>1</sup>. Это обстоятельство ярко продемонстрировали, в частности, работы А. М. Сточика и его школы, в которых не только были исследованы и систематизированы новые исторические факты и обстоятельства, но и прежние данные получили фундаментальную и креативную интерпретацию, что позволило иначе оценить многие из ранее известных событий из истории медицины.

Накопление материала может приводить к пересмотру принципов организации знания. "Причиной тому послужил естественный ход развития науки и медицины"<sup>2</sup>. "Суть научного поиска «...» сводится не только к установлению и объяснению

новых фактов и явлений, но и к попыткам уложить вновь обнаруживаемые данные в «...» умозрительные теоретические построения"<sup>3</sup>. Изучение исторического развития КП целесообразно, так как поколения врачей оценивали историю науки применительно к конкретному времени ("психиатры — сыны своего времени, психиатрические больницы — продукты своей эпохи"<sup>4</sup>). Исследование путей формирования КП открывает возможность поиска в событиях прошлого логики возникновения и формирования современных научных взглядов. Анализ позитивных и негативных сторон науки может способствовать эффективности в решении современных проблем.

Особенности методологического подхода к истории КП связываются с необходимостью использования исторических приемов в изучении не только КП, но и других научных дисциплин, в том числе немедицинского содержания, а также потребностей общества, от актуализации которых развитие этой науки зависело с начала ее существования<sup>5</sup>, особенно с учетом того обстоя-

<sup>2</sup>Сточик А. М., Затравкин С. Н. Медицинский факультет Московского университета в XVIII веке. — М. — С. 82

<sup>3</sup>Ibid. — С. 168.

<sup>4</sup>Якобий П. И. Основы административной психиатрии. — Орел, 1990. — С. 8.

<sup>5</sup>Hunter R., Macalpin J. Three Hundred Years of Psychiatry, a History presented in selected Text. — London, 1963. — P. IX.

<sup>1</sup>Пальцев М. А. Вступление // Сточик А. М., Затравкин С. Н. Медицинский факультет Московского университета в XVIII веке. — М. — С. 6.

тельства, что институционализация КП как науки произошла только к концу XVIII века. Еще "в начале XIX века медицина вообще и психиатрия в частности представляли собой универсальную антропологическую науку с элементами как психосоциального, так и биологического подхода. Большое влияние на ситуацию оказали идеи философской антропологии Канта и натурфилософии Шеллинга"<sup>6</sup>. "В XIX веке в качестве психиатров, психотерапевтов и вообще специалистов "по душе" в ряде случаев выступали не только врачи, но и философы, например И. Кант"<sup>7</sup>, что подчеркивает принципиальную междисциплинарность предмета изучения, требующую применения методов, которые соответствовали бы поставленной задаче.

Целью исследования явилось обоснование использования синергетической методологии для холистической междисциплинарной оценки истории КП как составной части общей истории. Синергетика позволяет выявить некоторые особенности и закономерности нелинейного процесса истории, заметить неочевидные закономерности, определить взаимообусловленные алгоритмы и тенденции, ускользавшие от внимания узкодисциплинарной традиционно индуктивной методологии этой науки. Синергетический подход к истории медицины дает возможность оценить ее системный "наддисциплинарный теоретико-практический характер «...» с целью сохранения единства медицины"<sup>8</sup>, которая все в большей мере дробится на все более узкие области специального знания, все заметнее расслаивается на медицину практическую и медицину теоретическую, причем "опережающее развитие теоретической медицины в значительно большей степени использующей новые научные подходы и данные естественных наук..."<sup>9</sup> становится фактором, увеличивающим критический разрыв между этими отраслями одной науки.

Одной из концепций исторической науки является теория циклов и периодического обновления истории<sup>10</sup>. Идея мирового круговорота появилась в Месопотамии<sup>11</sup>. В Древней Греции к этой идее обращались Пифагор и Платон<sup>12</sup>. Христианство унаследовало парадигму линейного течения времени в иудаизме, заимствовавшем ее у Заратустры, который стал «первым мыслителем, "начертанным" в своем воображении (и учении) восходящую линию развития..."<sup>13</sup>. Человечество начало осознавать историчность и развертывание мира во времени. В христианской онтологии течение времени стало линейным и необратимым. Линия, проведенная через основные точки, от сотворения мира — к страшному суду, выпрямляет время. Однако христианство сохранило и циклические идеи (сюжет воскресающего Бога). В контексте онтологии христианства история человечества становится завершенным гештальтом. Циклические теории получили широкое распространение в XII веке<sup>14</sup>. Основное их направление — попытка установления корреляций между космическими и географическими факторами и периодами истории. В средние века периодизация истории определяла цикличность событий, включая их в космические ритмы, соотнося с влиянием звезд. В эту эпоху господствовала эсхатологическая концепция истории<sup>15</sup>, дополненная теорией циклических волн, которая объясняла периодическое возвращение тех или иных явлений. Параллельно зарождалась концепция поступательного прогресса истории: линейный аспект трактовки времени христианством отозвался в теориях Н. Коперника, И. Кеплера, Д. Бруно, в которых циклическая идеология уживалась с концепцией линейного прогресса. С XVII века теория линейного дви-

жения, основанная на европоцентризме и культе прогресса, обрела веру в бесконечность прогресса. Лейтмотивом "естественнонаучного мировоззрения «...» стало освобождение субъекта и цели, а сверхстратегией — редукционизм, т. е. представление эволюционно высших процессов по аналогии с эволюционно низшими. Редукционистская П «...» заложила фундамент всех современных наук, освоивших методы анализа, эксперимента, экстраполяции и квантификации"<sup>16</sup>. Данная тенденция хронологически и идеологически совпадает с развитием индуктивных наук; принятием безальтернативной детерминистичности интегрируемых линейных конструкций как единственно возможных; ростом убежденности во всемогуществе науки, а затем с ее системным кризисом, проявившимся, в частности, в физике, в результате чего сами физики заговорили о конце материализма, недостаточности физико-химического аспекта для изображения жизни и мышления<sup>17</sup>, недостаточности физических процессов для объяснения психических феноменов<sup>18</sup>. В классической физике детерминируемых систем и философских концепциях Нового времени теория линейности истории получила научную безальтернативность. Но кризис классической физики, изучавшей частные случаи детерминируемых замкнутых систем, привел к тому, что постижение исторического процесса в системе линейных закономерностей стало выглядеть упрощенным.

В XX веке появились признаки реставрации интереса к циклическим теориям. "...Значительные философии истории нашего века отвергают прогрессивно-линейные интерпретации исторического процесса и принимают циклическую или эсхатологическую форму..."<sup>19</sup>. Возникли интуитивистские, конструктивистские и ценностные подходы к построению математических моделей, основанные на том, что "понятие доказательств во всей его полноте принадлежит математике не более, чем психологии"<sup>20</sup>. О. Шпенглер, А. Тойнби, Л. Н. Гумилев, М. Элиаде по-новому осмыслили проблему периодизации эпох. "...Мы обнаружили, что ритм, в котором проявляются "законы природы", возникает из борьбы двух неравных по силе тенденций. Существует доминирующая тенденция, долгое время преобладающая над повторяющимися противодействующими движениями, в которых утверждается себя противящаяся тенденция. Упорство более слабой тенденции в ее нежелании подчиниться поражению объясняет повторение столкновений в ряде последовательных циклов"<sup>21</sup>. "Кривая флуктуации с неперiodическим, меняющимся ритмом взлетов и падений, повторяющаяся вечные темы с постоянными вариациями... иллюстрирует течение жизни больших культурных систем и суперсистем..."<sup>22</sup>. Возвращение циклических теорий с уходом от "линейного наваждения" (П. Сорокин) в сферу научной мысли демонстрирует методологический кризис многих научных дисциплин, в том числе истории, для оценки которой линейность замкнутых интегрируемых схем не кажется подходящей. Попытки поиска иных методологических подходов связаны с тем, что прежние все меньше отвечают вызовам времени, часто оказываясь не в силах дать решение вопросов, формулируемых с позиций современности.

Но и прежняя теория цикличности истории требует коррекции, так как не объясняет того, что исторический процесс является не бегом по кругу, а поступательным развитием со спиралевидной траекторией — в стилистике философии И. Фихте, где тезису противостоит антитезис, а их синтез ведет к образованию нового тезиса, который в свою очередь вызывает к жизни и новый антитезис. Этот же принцип описывает А. Тойнби, говоря о развитии общества: "Рост достигается в том случае, когда индивидуум, меньшинство или общество в целом отвечает на вызов и при этом порождает другой вызов, который в свою очередь требует нового ответа. Процесс роста не прекращается до тех пор, пока повторяющееся движение утраты равновесия, восстановления его, перегрузки и нового нарушения сохраняет свою силу"<sup>23</sup>. Тот же принцип действует на молекулярном уровне: самые ранние автоматизмы, основанные на обратной связи,

<sup>6</sup>Thom A. *Psychiatrie im 19. Jahrhundert: Geschichte und Tendenzen // Zur Geschichte der Psychiatrie im 19. Jahrhundert.* — Hrsg. Von A. Thom. — Berlin, 1984. — S. 43.

<sup>7</sup>Решетников М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий. — СПб., 2003. — С. 312.

<sup>8</sup>Сточик А. М., Затравкин С. Н. Медицинский факультет Московского университета в XVIII веке. — М. — С. 169.

<sup>9</sup>Сточик А. М., Затравкин С. Н. Медицинский факультет Московского университета в XVIII веке. — М. — С. 316.

<sup>10</sup>Элиаде М. Миф о вечном возвращении. — СПб., 1988. — С. 218.

<sup>11</sup>Винклер Г. Вавилон, его история и культура. — 1910. — С. 113.

<sup>12</sup>Eliade M. *The Myth of the Eternal Return.* — 1965. — P. 115.

<sup>13</sup>Назаретян А. П. Цивилизационные кризисы в контексте универсальной истории. — М., 2001. — С. 56.

<sup>14</sup>Sorokin P. *Social and Cultural Dynamics.* — New York, vol. II, 1937. — P. 371; Thorndike L. *A History of Magic and Experimental Sciences.* — New York, 1929. — P. 455.

<sup>15</sup>Sorokin P. *Social and Cultural Dynamics.* — Vol. 11, New York, 1937, P. 372.

<sup>16</sup>Назаретян А. П. Цивилизационные кризисы в контексте универсальной истории. — М., 2001. — С. 9.

<sup>17</sup>Бор Н. Квантовая физика и философия // *Успехи физических наук.* — М., 1959. — Т. 67, вып. 1. — С. 42.

<sup>18</sup>Гейзенберг В. Физика и философия. Часть и целое. — М., 1963. — С. 41.

<sup>19</sup>Sorokin P. *Modern Historical and Social Philosophies.* — New York, 1963. — P. 8—9.

<sup>20</sup>Успенский В. А. Теорема Геделя о неполноте / В. А. Успенский. — М., 1982. — С. 9.

<sup>21</sup>Борн М. Физика в жизни моего поколения. — М., 1963. — С. 430—431.

<sup>22</sup>Sorokin P. *Modern Historical and Social Philosophies.* — New York, 1963. — P. 242—243.

<sup>23</sup>Тойнби А. Дж. Постигание истории. — М., 1996. — С. 236.



функционируют на базе циклов, освобождая центральный регулятор от необходимости постоянно контролировать детали.

Постнеклассическая наука использует метод элевационизма, при котором изучение движется "сверху вниз", обнаруживая в ранних формах свойства, являющиеся предпосылкой будущего. Представление о циклической причинности между элементами системы и параметрами порядка как динамическими характеристиками системы на макроуровне является в синергетике базисным. С повышением степени сложности при переходе от оценки замкнутых статических систем к мониторингу систем открытых и динамичных увеличивается значение энергетических и информационных характеристик, что приводит к необходимости изменения методологической оценки всех процессов. Уже А. Тойнби характеризует историю в терминах синергетики: "...прогрессивная и кумулятивная самодетерминация и самоорганизация"<sup>24</sup>. "Системно-синергетическая модель способствует «...» пониманию векторности эволюции «...» единой трактовке эволюционных новообразований «...» с богатым потенциалом теоретических обобщений — выявления малоизвестных механизмов и закономерностей «...» "субъективизации" эволюционного мировоззрения, т. е. превращения футурологии и истории в сквозную сослагательную науку, обеспеченную соответствующим аппаратом"<sup>25</sup>.

КП находится на пересечении интересов многих научных дисциплин — теологии, этнографии, истории, филологии, философии и прочих, претендуя на междисциплинарность, оказываясь в сфере интересов ментальной культуры и ментальной медицины. Здесь возникает трудноразрешимая традиционным путем научная коллизия.

Из единства и многообразия мира вытекают две проблемы его познания: неразрывность и бесконечность. Каждая из них имеет по два аспекта — количественный и качественный.

В количественном аспекте первая проблема предстает как неразрывность частей объективного мира. В качественном аспекте это выражается неразрывностью его свойств. Вторая проблема с количественной стороны предстает пространственно-временной бесконечностью мира, а с качественной — бесконечностью его свойств и проявлений. Последнее обстоятельство предполагает бесконечное число вариантов включения объекта (субъекта) в различные системы, подразумевая бесконечное количество ролей одного и того же предмета наблюдения. Эти проблемы противоречат ограниченностям возможностям когнитивных функций человека. Справиться с ситуацией позволяет методология научного анализа и синтеза. Анализ условно расчленяет неделимый бесконечный мир на подсистемы, каждая из которых становится областью изучения определенной науки. Синтез интегрирует знания в целостный познавательный комплекс.

Сегодня в науке существует два основных метода.

Преимущественно индуктивный, когда степень научности зависит от способа обработки данных, подпадающих предметной идентификации. Индуктивный метод "не основан на абсолютной уверенности, но он оправдывает себя, так как в значительном числе случаев увенчивается успехом"<sup>26</sup>, несмотря на то, что "...сколь угодно богатый конечный опыт недостаточен для установления окончательных границ достоверной экстраполяции"<sup>27</sup>. Но слишком большое число независимых переменных приводит к тому, что результаты анализа теряют четкость<sup>28</sup>, «...избыточная» информация выступает в роли шума<sup>29</sup>, возникают региональные научные онтологии, в больших объемах информации теряются взаимосвязи между отдельными областями знания, из-за чего исчезает возможность постановки вопроса об онтологии универсальной: теряется смысл самого термина, исчезает общая система ценностей, камуфлированная релятивизмом и отсутствием универсальности методов, которые применяются в разных дисциплинах.

Одна из двух основных тенденций современной КП характеризуется именно "...нарастающей информационной избыточностью многообразных данных, научных фактов и находок «...» отвечающих современной доктрине доказательной медицины"<sup>30</sup>, представляющей собой "психиатрию фактов"<sup>31</sup>, за ко-

торой стоят "...научная доказательность, инструментальное обеспечение, количественная оценка изучаемых явлений"<sup>32</sup>. "Психиатрия факта...связана с разработкой стандартов диагностики, терапии и оказания психиатрической помощи в целом"<sup>33</sup>. Но: "Доказательная медицина избегает понятия системности и системных подходов в исследовании «...» Технологизация медицинской науки сместила акценты в пользу частных фактов в ущерб поиску общих механизмов..."<sup>34</sup>. "...Дидактические упрощения «...» преобладают над системной концептуализацией знаний, а упрощенные схемы «...» зачастую выглядят спекулятивными..."<sup>35</sup>. Применительно к КП, индуктивная методология привела к тому, что классическая для XX века "...парадигма Крепелина стимулировала развитие психиатрии, определила направление научных исследований, привела к накоплению колоссального количества новых данных, но в конечном итоге столкнулась со все большим количеством фактов, не укладывающихся в нее..."<sup>36</sup>.

Об объективности наук в этой системе методологических ценностей принято судить по мере приближения к идеалу классической физики, описывающей изменяющиеся объекты в терминах неизменяющихся законов. Рационалистическая доктрина Декарта сделала индуктивный математический метод универсальным. Однако разрыв между качественными естественнонаучными гипотезами и количественными математическими описаниями природных процессов растет<sup>37</sup>. В связи с этим противоречием президент Международного союза теоретической и прикладной механики Д. Лайтхилл заявил: "...Энтузиазм наших предшественников по поводу достижений ньютоновской механики побудил их к обобщениям в этой области, в которые до 1960 г. мы все верили, но которые, как мы теперь понимаем, были ложными. Нас не покидает коллективное желание признать свою вину за то, что мы вводили в заблуждение широкие круги образованных людей, распространяя идеи о детерминизме системы, удовлетворяющих законам Ньютона, — идеи, которые «...» оказались неправильными"<sup>38</sup>. Математика не смогла выразить новый атомизм Т. Гоббса, Р. Декарта, подтвердить теории Ч. Дарвина, З. Фрейда. Подтвердились сомнения в том, что математика обеспечивает теоретические конструктивные обоснования направленности в определении природы через культуру<sup>39</sup>. Математическая недостаточность обнаруживается при исследовании самоорганизующихся систем<sup>40</sup>. Научная мысль увидела новые закономерности. Но из онтологии исключалось все то, что нарушает непрерывность контролируемо воспроизводимой конструкции бытия, охватываемой одним взглядом<sup>41</sup>, то, что не соответствовало линейным детерминируемым схемам. Понятийное мышление с его жесткой фиксацией гносеолого-субъектно-объектной схемы не вбирает в себя ценностно-смысловое единение внутреннего и внешнего мира<sup>42</sup>.

В связи с этим актуализируется терминологическая пробле-

<sup>30</sup>Краснов В. В. Направления развития научной и практической психиатрии: расхождения и взаимосвязи // Социальная и клиническая психиатрия, 2008, № 1. — С. 5

<sup>31</sup>Fulford K. et al. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? // World Psychiatry, 2005. — Vol. 4, N 2. — P. 78—86.

<sup>32</sup>Краснов В. Н. Направления развития научной и практической психиатрии: расхождения и взаимосвязи // Социальная и клиническая психиатрия, 2008, № 1. — С. 5.

<sup>33</sup>Ibid. — С. 5.

<sup>34</sup>Ibid. — С. 6.

<sup>35</sup>Краснов В. Н. Направления развития научной и практической психиатрии: расхождения и взаимосвязи // Социальная и клиническая психиатрия, 2008, № 1. — С. 8.

<sup>36</sup>Нуллер Ю. Л. Смена парадигм в психиатрии? // Психиатрия и психофармакология, 2007, Т. 9, № 5. — С. 7.

<sup>37</sup>Колесников А. С. Философская культура и основы ее преемственности // Вестник Санкт-Петербургского университета, 1995, Сер. 6, Вып. 4, № 27. — С. 10.

<sup>38</sup>Lighthill J. The Recently Recognized Failure of Newtonian Dynamics // Proceedings of the Royal Society, 1986. — P. 38.

<sup>39</sup>Колесников А. С. Философская культура и основы ее преемственности. Вестник Санкт-Петербургского университета, 1995, Сер. 6, Вып. 4, № 27. — С. 10.

<sup>40</sup>Лем С. Сумма технологий. — М.—СПб., 2006. — С. 152.  
<sup>41</sup>Мамардашвили М. К., Соловьев Э. Ю., Швырев В. С. Классика и современность: две эпохи в развитии буржуазной философии // Философия в современном мире. Философия и наука. Критические очерки буржуазной философии / Ред. Л. Н. Митрохин, П. С. Юдина, Э. Г. Юдин. — М., 1972. — С. 39.

<sup>42</sup>Колесников А. С. Философская культура и основы ее преемственности // Вестник Санкт-Петербургского университета, 1995, Сер. 6, Вып. 4, № 27. — С. 13.

<sup>24</sup>Тойнби А. Дж. Постигание истории. — М., 1996. — С. 210.

<sup>25</sup>Назаретян А. П. Цивилизационные кризисы в контексте универсальной истории. — М., 2001. — С. 17.

<sup>26</sup>Лем С. Сумма технологий. — М., СПб., 2006. — С. 178.

<sup>27</sup>Назаретян А. П. Цивилизационные кризисы в контексте универсальной истории. — М., 2001. — С. 167.

<sup>28</sup>Налимов В. В. В поисках иных смыслов. — М., 1993. — С. 14—15.

<sup>29</sup>Дриккер А. С. Эволюционный процесс: пульсация народонаселения. // Синергетическая парадигма. Нелинейное мышление в науке и искусстве. — М., 202, С 432.

ма, ставшая одним из препятствий для новых подходов в науке, обозначив ограниченность классических терминов. Теоретики общества вместо того, чтобы постепенно использовать методы и термины, подходящие к их предмету, пытаются выразить факты и ценности общества в дефинициях другой науки. Опираясь на аналогии, заимствованные из естествознания, они стремятся проанализировать общество как механизм, опираясь на аналогии, заимствованные из биологии, они настаивают на рассмотрении его как организма, опираясь на аналогии, заимствованные из психологии и философии, они требуют относиться к нему как к личности, опираясь на религиозные аналогии, они близки к тому, чтобы смешивать его с Богом<sup>43</sup>. Специалисты не находят общего языка, описывая изучаемый объект в разных терминах и пространственно-временных границах: физика и биология описывают функциональные структуры, а социальные теории — взаимодействия структур.

Преимущественно дедуктивный метод, когда научная гипотеза открыта для проверки и уточнений. Некоторые важные свойства теории обнаруживаются благодаря контрасту, а не анализу. Ученый вводит концепции, применяя плюралистическую методологию, сравнивая идеи с идеями, а не с эмпирикой. Познание, понимаемое таким образом, не есть ряд непротиворечивых теорий, приближающихся к идеалу, но — взаимно несоместимые альтернативы, в которых отдельные теории являются частями одной совокупности, пробуждающими друг друга к более тщательной разработке<sup>44</sup>.

Преимущественно дедуктивная методология является второй тенденцией современной КП. Для нее характерна "...глобализация подходов «...» унификация понятийного аппарата, классификационных критериев, принципов профессиональной деятельности"<sup>45</sup>; она представляет собой "психиатрию ценностей"<sup>46</sup>. За ней стоит "...личный выбор пациента, его вовлеченность в процессы диагностики и терапии..."<sup>47</sup>. "Психиатрия ценностей... предполагает индивидуализацию и дифференцированные подходы..."<sup>48</sup> в достижении диагностики, терапии, оказании психиатрической помощи. При этом... все более актуальным становится поиск адекватного инструментария с учетом новых этических норм и меняющихся представлений о возможностях психиатрической помощи"<sup>49</sup>.

Актуальность методологического подхода в науке, который бы смог объединить аналитическую индукцию и синтетическую дедукцию, становится все более очевидной. Методология синергетики, называемая "синтезом при развитом анализе", "синтезом-анализом"<sup>50</sup>, "системным синтезом"<sup>51</sup>, позволяет осуществить комплементарный, взаимодополняющий традиционные тренды подход к вопросам, не имеющим разрешения в стилистике монополярной методологии. Даже в терминологическом отношении концептуально разные подходы и "...точки зрения можно "примирить «...» если определять иерархии в терминах интенсивности взаимодействия"<sup>52</sup>, что позволяет сделать синергетику. "Познание изолированных информационных сведений недостаточно. Надо располагать эти сведения в контексте, в котором они только и обретают смысл"<sup>53</sup>.

Сегодня физика говорит об отказе от представления всех сторон явления посредством одной и той же системы понятий<sup>54</sup>. Принцип дополнительности, описывающий феномен во взаи-

моисключающих терминах, — "...важное понятие, поясняющее многое за пределами физики «...» Это касается таких метафизических понятий, как материя и жизнь, тело и душа, необходимость и свобода. Вокруг них ведется философский и теологический спор на протяжении столетий из-за стремления привести все в одну систему. Если же теперь оказывается, что даже в физике это невозможно, что даже там различные аспекты необходимо рассматривать с позиций дополнительности, то понятно, что того же самого нужно ожидать и везде"<sup>55</sup>. "Ни одна система не заключает в себе всю истину, так же, как ни одна другая не является целиком ошибочной «...» Каждая из систем частично истинна и достоверна, предоставляя знание важнейших аспектов сложной объективной реальности"<sup>56</sup>.

В медицине и биологии идея дополнительных взаимоотношений впервые высказывалась А. А. Богдановым, пришедшим к идее существования дополнительных соотношений элементов систем, при которых "части взаимно дополняют друг друга, благодаря сохранению их связей"<sup>57</sup>. Коадаптация систем возможна тогда, когда одна часть может ассимилировать то, что диссимилировано другой. "Дополнительными оказываются «...» вновь образуемые высокоорганизованные и целостные комплексы, вступающие в конъюгацию и их изменения. Это и есть "коэволюция" — элемент взаимодополняющей регуляции, одновременно обеспечивающей огромную дифференциацию и высокую устойчивость комплексных систем, в которых подсистемы взаимно регулируют и "контролируют" одна другую путем двойной обратной связи. Эта закономерность взаимно развивающихся сопряженных комплексов как биологическая система и есть прообраз «...» системной консолидации"<sup>58</sup>. "...Важнейшие части «...» интегрированной культуры «...» взаимозависимы: в случае изменения одной из них остальные неизбежно подвергаются схожей трансформации"<sup>59</sup>, "Понятия баланс и равновесие включают в себя не просто статическую неизменность соотношения компонентов внутренней среды «...» но обязательно синхронное их изменение, ибо только при синхронном изменении нескольких параметров будет обеспечено относительное постоянство внутренней среды"<sup>60</sup>.

В скачкообразном процессе коэволюции происходит синтез крупных эволюционных блоков, переходы системы от одной структуры к другой. Став частью целого и попав в среду с другими свойствам и правилами функционирования, эти блоки изменяются.

Синтез простых эволюционирующих структур в сложную систему происходит путем установления общего темпа их эволюции. Для возникновения единой сложной структуры должна возникнуть степень перекрытия составляющих ее простых структур: если зона перекрытия мала, то составляющие будут развиваться независимо друг от друга; если велика, то составляющие тренды сольются в единую быстроразвивающуюся структуру.

Основные различия между индуктивным, дедуктивным и комплементарным научными методами подчеркивают разнаправленность их приоритетов, задач и векторов (при общности решаемых стратегий, к которым эти методы подходят с разных сторон), соотносимую с функциональной латеральной асимметрией головного мозга человека. При этом левополушарная организация будет в большей мере соответствовать первому методу, правополушарная — второму, а объединяющая оба ментальных тренда межполушарная функция "системного синтеза" — третьему (см. таблицу).

Функциональная асимметрия ментальной деятельности человека обнаруживает взаимную дополнительность лево- и правополушарного типов мышления, синтез которых осуществляется благодаря межполушарным связям и взаимодействиям. Аналитическое левополушарное мышление структурирует границы науки, определяя индуктивность ее методологии. Синтетическое правополушарное мышление размывает демаркации между научными направлениями, формируя метадисциплинар-

<sup>43</sup> Cole G. D. Social Theory. — London, 1920. — P. 13.

<sup>44</sup>Фейерабенд П. Против методологического принуждения. Очерк анархической теории познания // Избранные труды по методологии науки. — М., 1986. — С. 161.

<sup>45</sup>Краснов В. Н. Направления развития научной и практической психиатрии: расхождения и взаимосвязи // Социальная и клиническая психиатрия, 2008, № 1. — С. 5.

<sup>46</sup>Fulford K. et al. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? // World Psychiatry, 2005. — Vol. 4, N 2. — P. 78—86.

<sup>47</sup>Краснов В. Н. Направления развития научной и практической психиатрии: расхождения и взаимосвязи // Социальная и клиническая психиатрия, 2008, № 1. — С. 5.

<sup>48</sup>Ibid. — С. 5.

<sup>49</sup>Ibid. — С. 9.

<sup>50</sup>Герасимова И. А. Совместное мышление как искусство // Синергетическая парадигма. Нелинейное мышление в науке и искусстве. — М., 2002. — С. 130.

<sup>51</sup>Ахромеева Т. С., Курдюмов С. П., Малинецкий Г. Г., Самарский А. А. Структуры и хаос в нелинейных средах. — М., 2007. — С. 430.

<sup>52</sup>Саймон Г. Науки об искусственном. Изд. 2-е. — М., 2004.

<sup>53</sup>Morin E. Les sept. savoirs necessaires a l'education du future. — Paris, 1999. — P. 15.

<sup>54</sup>Борн М. Физика в жизни моего поколения. — М., 1963. — С. 430—431.

<sup>55</sup>Борн Н. Квантовая физика и философия // Успехи физических наук. — М., 1959. Т. 67. Вып. 1. — С. 42.

<sup>56</sup>Сорокин П. А. Кризис нашего времени // П. А. Сорокин. Человек. Цивилизация. Общество. — М., 1992. — С. 474.

<sup>57</sup>Богданов А. А. Тектология. Всеобщая организационная наука. — М., 1989. Кн. 1. — С. 71.

<sup>58</sup>Огурцов А. П. Тектология А. А. Богданова и идея коэволюции // Системный подход в современной науке. — М., 2004. — С. 194.

<sup>59</sup>Сорокин П. А. Кризис нашего времени // Человек. Цивилизация. Общество. — М., 1992. — С. 429.

<sup>60</sup>Чернобровкина Т. В., Кершенгольц Б. М., Артемчук А. Ф. Синергетическая медицина: теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии. — Харьков, 2007. — С. 191.

## Критерии функциональной латеральной асимметрии механизмов мышления человека

Латеральная асимметрия механизмов	Левополушарное мышление	Межполушарное (амбидекстральное) мышление	Правополушарное мышление
Критерий			
Принцип работы с информацией	Локальность, тактика	Стратегия "на входе", тактика "на выходе"	Глобальность, стратегия
Направление	От деталей к целому (детали уточняют содержание целого)	Понимание целого, разработка деталей (синхронность разнонаправленного процесса)	От целого к деталям (целое проясняет характер деталей)
Вектор действий	Последовательный, однолинейный	Последовательный, разнонаправленный	Непоследовательный, разнонаправленный
Стилистика	Рациональность логики	Паритет оптимума	Иррациональность интуиции
Семиотика	Теорема, закон, цифра	Задача, закономерность, динамика	Аксиома, парадокс, слово
Обстоятельства генезиса идеи	Установление по факту	Креативность при выборе дилеммы	Плодотворная гипотеза
Философская концепция	Вычисление имманентного	Постижение трансцендентального	Приближение к трансцендентному
Методология	Анализ частей, дробление объекта, индукция имплицитного	Оптимум паритета концепций	Синтез, углубление в свойства целого объекта, дедукция эксплицитного
Уровень обработки информации	Текущая парадигма	Новая парадигма	Смена парадигмы
Способ постижения объекта	Одномерный детерминизм	Комплементарность способов	Голографический индетерминизм
Возможности	Объективный поиск верных вариантов	Креативность при оценке и выборе вариантов	Субъективное "узнавание", интуитивное ощущение "попадания"
Внешний рисунок действий	Конструктивная активность	Активная избирательность	Медитативная сосредоточенность внешней пассивности
Уровень осознания деятельности	Высокий	Очень высокий	Заведомо низкий
Решаемые задачи	Цель	Цель во имя смысла	Смысл
Результаты	Сбор эмпирических данных, вычисление	Селекция оптимума директорий	Постижение "смыслов", "озарение"
Уровень актуальности	Востребованность, прагматизм	Эффективность, стратегия "завтрашнего дня"	Вечность, непрактичность
Роль времени	Пассивная: развертывание в реальном хронотопе	Активная: учет и использование реалий для изменения хронотопа	Нейтральная: ахронность

ные тренды (например, философская метафизика), что более соответствует дедуктивной методологии. Объединяющий эти функции системный синтез обеспечивает конструктивное взаимодействие двух первых типов мышления, реализует междисциплинарный подход, который позволяет объединить традиционные методологии, дополняющие друг друга и прежде почти не совместимые.

Таким образом, дисциплинарный, метадисциплинарный и междисциплинарный подходы в науке оказываются взаимодополняющими: первый решает конкретную задачу целей, возникших в историческом контексте развития предмета, используя методы устоявшегося инструментария текущей парадигмы; второй использует полиморфизм языков, поиск

аналогий, поэтическую метафористику, кольцевую причинность (трактуя ее мистически), требуя модернизации концепции парадигмы и пытаясь решить абстрактную задачу смыслов; третий осуществляет холистически-сетевой способ структурирования реальности, выполняя междисциплинарную функцию, позволяющую объединить два первых метода постижения действительности и предполагая решение задачи целей во имя смысла. Синергетика, являясь междисциплинарной наукой, позволяет реализовать в исторической науке комплементарность традиционного индуктивного анализа и дедуктивного синтеза, осуществляя качественно новую гносеологическую методологию.

Поступила 25.05.09

© И. В. ЕГОРЫШЕВА, 2010

УДК 614.258.1:93:92 ЖБАНКОВ

*И. В. Егорышева*

### ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ Д. Н. ЖБАНКОВА В ПИРОГОВСКОМ ОБЩЕСТВЕ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН

***И. В. Егорышева*** — канд. ист. наук, вед. науч. сотр. (917-89-39).

*Д. Н. Жбанков, видный деятель общественной медицины, с 1904 г. входил в состав правления Пироговского общества в качестве его бессменного секретаря. Подготовил два библиографических указателя по земской и общественно-медицинской литературе. Составитель "Земско-медицинского сборника" и "Сборника по городскому врачебно-санитарному делу". С 1905 по 1919 г. возглавлял Пироговский врачебно-продовольственный комитет. Участвовал в работе многих комиссий Пироговского общества.*

Ключевые слова: *Пироговское общество, Пироговские съезды, общественная медицина*

*D.n. Jbankov, a prominent activist of public medicine, entered in 1904 to the executive board of Pirogov Society as its unchallenged secretary. He prepared two bibliographic Indices on zemstvo and public medicine publications. He is the compiler of "The Zemstvo medical compendium" and "The Municipal physician sanitary art compendium". From 195 to 1919 he headed the Pirogov physician food committee. He participated in the activities of many commissions of Pirogov society.*

**Key words:** *Pirogov Society, Pirogov congress, public medicine*

Деятельность Д. Н. Жбанкова (1853—1932) неразрывно связана с Обществом русских врачей в память Н. И. Пирогова (Пироговским обществом). С 1904 г. он (совместно с С. В. Шидловским) являлся секретарем и членом Правления, возглавлял ряд комиссий этого общества. По его инициативе съезды неоднократно принимали постановления и ходатайства в адрес правительства. По поручению Правления общества он неоднократно готовил обобщающие доклады для съездов и совещаний: "О состоянии медико-санитарных организаций в земской России" (XI съезд), "О положении дела борьбы с заразными болезнями в городах по данным за 1912—1914 гг." (Пироговское совещание в 1916 г.) и др. Мемуары Д. Н. Жбанкова «Протокол жизни человека "малых дел"» содержат ценные сведения о Пироговском обществе<sup>1</sup>.

Начиная со II Пироговского съезда (1887) Д. Н. Жбанков был активным участником всех съездов. Многие его доклады были посвящены проблемам земской медицины. Д. Н. Жбанков неоднократно выступал против совместительства и частной практики земских врачей, первым на III Пироговском съезде (1889) поднял вопрос о необходимости специализации земских врачей, будучи последовательным борцом за общедоступную врачебную помощь, ратовал за бесплатное медицинское обслуживание населения (II, IX съезды).

В 1887 г. II Пироговский съезд принял решение об издании сборника, обобщающего опыт земской медицины. Эту работу возглавили руководитель московской земской организации Е. А. Осипов и проф. Ф. Ф. Эрисман, составившие программу сбора материалов. В 1889 г. для статистической обработки полученных от земских управ материалов и редактирования был приглашен Д. Н. Жбанков, оставивший в связи с этим службу в Костромском земстве. Подготовка "Земско-медицинского сборника", продолжавшаяся 3 года (1889—1892), велась при московской губернской земской управе и частично финансировалась ею. Материалы сборника, составившие 7 томов, и подготовленный по поручению Е. А. Осипова Д. Н. Жбанковым "Библиографический указатель по земско-медицинской литературе" (1890) были изданы Пироговским обществом. Д. Н. Жбанков был указан в качестве составителя этих изданий. Позднее, в 1907 г., Пироговское общество издало составленный Д. Н. Жбанковым "Библиографический указатель по общественной медицинской литературе за 1891—1905 гг." (М., 1907).

В своих выступлениях на пироговских съездах и на страницах "Журнала Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова" Д. Н. Жбанков постоянно ставил важные социальные и этические проблемы. Так, начиная с VI съезда (1896) Д. Н. Жбанков неоднократно поднимал вопрос об отмене телесных наказаний, которым подвергались лица низших сословий и дети. В 1896 г. на VI Пироговском съезде по докладу Д. Н. Жбанкова была создана специальная комиссия. Собранный ею материал лег в основу книги Д. Н. Жбанкова и В. И. Яковенко "Телесные наказания в России в настоящее время" (М., 1899). Книга, получившая широкий общественный резонанс, вместе с ходатайством была направлена Правлением Пироговского общества в Министерство юстиции. В 1903 г. телесные наказания были отменены для ссыльных и каторжников (кроме оков и розог), а в 1904 г. под давлением общественности официально отменены для всех категорий населения<sup>2</sup>.

Будучи поборником женского медицинского образования, Д. Н. Жбанков выступал на Пироговских съездах в поддержку восстановления высших врачебных женских курсов (V съезд, 1893), а позднее — за допуск женщин к обучению в университетах (VIII съезд, 1902).

Тревогу медицинской общественности вызывало резко возросшее в годы Первой русской революции число самоубийств. Для изучения причин этого явления X Пироговский съезд (1907) принял решение о создании специальной комиссии во главе с

Д. Н. Жбанковым<sup>3</sup>. В 1910 г. Д. Н. Жбанков опубликовал статью "Современные самоубийства" в журнале "Современный мир" по материалам медицинской и полицейской статистики, а также материалам периодической печати за 1905—1912 гг. Он показал, что наибольший всплеск самоубийств приходился на конец революции, когда "молодые представители не могли примириться с крушением своих надежд и не хотели возврата старого порядка", а также, что основными причинами самоубийств являлись нужда и безработица, политические мотивы, болезнь, несчастная любовь<sup>4</sup>. Работа Д. Н. Жбанкова вызвала интерес и положительную оценку Л. Н. Толстого<sup>5</sup>.

На IX Пироговском съезде (1904) преподаватели Петербургских высших женских курсов подняли вопрос о необходимости разработки проблемы полового воспитания учащихся. В 1908 г. Правление Пироговского общества создало комиссию, в задачи которой входило изучение половой жизни учащейся молодежи. В состав комиссии, кроме врачей, вошли учителя и известные писатели, и среди них А. А. Вербицкая и В. В. Вересаев. Председателем был избран Д. Н. Жбанков. Комиссия составила опросный лист из 317 пунктов, включавших вопросы, касающиеся состояния здоровья и физиологии, условий жизни, культурного уровня опрашиваемых. Анкета о половой жизни учащихся женщин явилась предложением для начавшихся преследований Пироговского общества. Одним из мотивов высылки Д. Н. Жбанкова из Москвы послужила докладная записка, поданная министру внутренних дел П. А. Столыпину "истинно русскими людьми" в Москве. Как писал "Русский врач", "в записке этой утверждается, что Пироговское общество распространяло по учебным заведениям опросные листы о половой жизни учащихся и что листы эти поражают циничностью вопросов. Ввиду этого монархические организации просят П. А. Столыпина принять решительные меры против возмутительных действий Пироговского общества, развращающего молодежь"<sup>6</sup>. Полиция конфисковала анкеты, кроме 324 листов, которые удалось спрятать Д. Н. Жбанкову. Эти материалы он обработал в начале 20-х годов, и результаты исследований опубликовал в 1922 г. в журнале "Врачебное дело"<sup>7</sup>.

Огромное значение имела работа Д. Н. Жбанкова по составлению сборника "Городская медицина России" (М., 1915). В 1912 г. на Пироговском совещании по санитарным и санитарно-статистическим вопросам (1912) он отмечал, что изданная в 1903 г. Пироговским обществом работа А. А. Чертова "Городская медицина Европейской России" устарела, что "отсутствие новейшей работы сильно ощущается и городскими самоуправлениями и врачами: нельзя навести справки, как и где поставлена та или другая часть врачебно-санитарного дела..." и потому необходимо современное издание по городской медицине<sup>8</sup>. Созданная по этому поводу комиссия во главе с Д. Н. Жбанковым разработала программу для рассылки в городские управы, включавшую вопросы организации врачебной помощи, санитарной деятельности, финансирования. Изданный Пироговским обществом сборник "Городская медицина России" (М., 1915), составленный Д. Н. Жбанковым по материалам 224 городов России, стал ценным пособием для городских врачей и самоуправлений. Из-за условий военного времени и недостатка денежных средств не удалось издать вторую аналитическую часть и пришлось ограничиться публикацией в журнале "Общественный врач", обобщающей статьи Д. Н. Жбанкова<sup>9</sup>.

<sup>3</sup>Российский государственный архив древних актов (РГАДА), ф. 1984, оп. 1, д. 56, л. 21.

<sup>4</sup>Жбанков Д. Н. Современные самоубийства // Современный мир. 1910. — № 3. — С. 33; РГАЛИ, ф. 199, оп. 1, д. 108, л. 7.

<sup>5</sup>Кулижников Г. А. Лев Толстой и медицина. М., 1999. — С. 485.

<sup>6</sup>Хроника // Русский врач. 1909. — № 20. — С. 700.

<sup>7</sup>Жбанков Д. Н. О половой жизни учащихся женщин // Врачебное дело. — 1922. — № 10—12. — С.

<sup>8</sup>Городская медицина в России. М., 1915.

<sup>1</sup>Российский государственный архив литературы и искусства (РГАЛИ), ф. 199, оп. 1, д. 24.

<sup>2</sup>Хроника // Русский врач. 1904. — № 34. — С. 171.

Много сил Д. Н. Жбанков отдал работе в комиссии помощи голодающим Пироговского общества: с 1905 по 1919 г. он возглавлял Пироговский врачебно-продовольственный комитет, который оказывал помощь крестьянам, пострадавшим от неурожая и голода, беженцам и детям в годы Первой мировой войны, а после революции — семьям погибших врачей и беспризорным детям. Д. Н. Жбанков вел переписку с земскими врачами и администрацией пострадавших губерний, подбирал медицинский персонал для работы во врачебно-продовольственных отрядах, руководил закупкой медикаментов и продовольствия, публиковал воззвания о сборе пожертвований и отчеты.

После подавления Декабрьского вооруженного восстания 1905 г. в Москве началась ожесточенная травля сотрудников врачебно-продовольственных отрядов. На X Пироговском съезде (1907) Д. Н. Жбанков с горечью констатировал, что из-за полицейских преследований не удалось осуществить изучение причин и последствий голода.

Начиная с IX Пироговского съезда (1904) Пироговское общество заняло позицию резкого противостояния по отношению к правительству. Д. Н. Жбанков, как и его коллеги-пироговцы, связывал проблемы борьбы с эпидемиями и высокой заболеваемостью населения с необходимостью проведения реформ государственного строя, наделяния крестьян землей за счет государственных и удельных земель, требовал удовлетворения экономических требований рабочих, о чем он говорил на Чрезвычайном съезде по борьбе с холерой в 1905 г.<sup>10</sup>

В годы Первой русской революции Д. Н. Жбанков вел учет политических репрессий против медицинского персонала и регулярно публиковал эти материалы в "Журнале общества русских врачей в память Н. И. Пирогова". Рассматривая смертную казнь как преступление, он утверждал, что "врачи, присутствующие при казнях, совершают позорное дело, противное святым задачам каждого человека вообще, а врача в особенности..."<sup>11</sup>.

В обстановке спада революционного движения на Пироговское общество обрушились репрессии. Был закрыт журнал Пироговского общества "Общественный врач". В этот период за Д. Н. Жбанковым был установлен негласный полицейский надзор<sup>12</sup>. 13 августа 1908 г. распоряжением министра внутренних дел был закрыт Комитет помощи голодающим, а 18 августа в конторе Пироговского общества был произведен обыск, изъято большинство документов общества. Д. Н. Жбанков был арестован, 18 сентября 1908 г. освобожден под залог, а в мае 1909 г. отправлен в ссылку в Нижний Новгород. Правление Пироговского общества и его секретарь обвинялись в противоправительственной агитации, которая якобы содержалась в популярных брошюрах и отчете врачебно-продовольственного комитета<sup>13</sup>. Несмотря на ходатайства председателя правления Пироговского общества проф. Ф. А. Рейна, а также врачей-депутатов III Государственной думы М. Я. Капустина и А. И. Шингарева о пересмотре дела Д. Н. Жбанкова, добиться отмены ссылки не удалось<sup>14</sup>.

Дело Д. Н. Жбанкова получило огласку в печати. В 1908 г. в знак солидарности с Д. Н. Жбанковым Минское, Нижегородское и Архангельское общества врачей избрали Д. Н. Жбанкова своим почетным членом<sup>15</sup>.

Находясь в ссылке в Нижнем Новгороде, Д. Н. Жбанков не оставил работу в Пироговском обществе. По присланным с мест отчетам в 1910 г. он подготовил "Обзор деятельности санитарных бюро и общественных санитарных учреждений в земской России", вышедший отдельным изданием. В феврале 1911 г. Д. Н. Жбанков, получив возможность вернуться в Москву, продолжил свою деятельность в Пироговском обществе.

Как и подавляющее большинство пироговцев, Д. Н. Жбанков с энтузиазмом приветствовал Февральскую революцию. На Чрезвычайном Пироговском съезде в апреле 1917 г. в докладе "Основания для устройства врачебно-санитарного дела в освобожденной России" он высказывался за демократизацию управления врачебно-санитарным делом.

Д. Н. Жбанков был командирован от Пироговского общества в Московский комитет общественных организаций, где

был избран председателем мандатной комиссии. На одном из собраний, где присутствовал А. Ф. Керенский, Д. Н. Жбанков выступил с предложением об отмене смертной казни<sup>16</sup>. А. Ф. Керенский пообещал заняться этим вопросом и вскоре в периодической печати было опубликовано сообщение об отмене смертной казни<sup>17</sup>.

В 1917 г. по инициативе Правления Пироговского общества начала выходить еженедельная газета "Врачебная жизнь" и Д. Н. Жбанков становится редактором отдела социальной гигиены и врачебного быта. Первый номер газеты вышел 15 августа. Газета занимала активную позицию в деле профессионального объединения врачей. После Октябрьского переворота вследствие раскола в редколлегии газета прекратила свое существование.

Октябрьский переворот Пироговское общество в целом восприняло как опасную авантюру. В обращении "К товарищам врачам от правления Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова"<sup>18</sup> говорилось: "Страна, охваченная бедствиями небывало продолжительной войны, хронического недоедания и всевозможных других моральных и материальных лишений, стала жертвой политической авантюры, сделавшись объектом безумных социальных экспериментов, осуществляемых на ее обескровленном теле кучкой политических фанатиков...". Под этим документом поставили подписи 15 членов Правления из 21, и среди них Д. Н. Жбанков.

Д. Н. Жбанков принимал активное участие в организации и проведении последних пироговских совещаний, также выступивших против внутренней и внешней политики, проводимой большевиками, — Чрезвычайного Пироговского совещания по вопросам врачебно-санитарного дела в России (март 1918 г.) и Чрезвычайного Пироговского съезда по вопросам профессионального объединения врачей (апрель 1918 г.).

В связи с обрушившимся в 1921 г. на страну неурожаем и голодом Д. Н. Жбанков предпринимал многочисленные попытки организовать от имени Пироговского общества помощь голодающим, рассылал письма с призывами организовать на местах пироговские комитеты. В январе 1922 г. он обратился с ходатайством в Наркомздрав РСФСР с просьбой о разрешении сбора пожертвований, чтобы начать работу Пироговского врачебно-продовольственного комитета. Нарком здравоохранения Н. А. Семашко ответил, что инициативная группа Пироговского общества может выступить в печати с воззванием о пожертвованиях, но с условием, что собранные средства будут направлены в Центральную комиссию помощи голодающим или в Советский Красный Крест. Пироговское общество отказалось принять эти условия<sup>19</sup>. В результате помощь Пироговского общества ограничилась в 1921—1922 гг. немногими посылками бедствующим врачам и семьям погибших врачей<sup>20</sup>. В конце 1922 г. правительство приняло постановление о переходе врачебно-санитарного дела на местные средства, что привело к сокращению лечебных учреждений. Д. Н. Жбанков разослал на места анкету с целью выяснения, как эта мера воспринимается врачами<sup>21</sup>. Однако организовать кампанию протеста Д. Н. Жбанкову не удалось: старые пироговцы, работавшие в советских учреждениях, отвечали отказом.

В конце 1919 г. из-за отсутствия средств прекратилось издание журнала "Общественный врач". Два номера еще удалось издать в 1922 г. В октябре 1920 г. библиотека и архив Пироговского общества были конфискованы и переданы в Московский отдел здравоохранения<sup>22</sup>. Оппозиция Пироговского общества по отношению к советской власти поставила его в сложное положение, в результате чего невозможно было утвердить новый устав общества и получить разрешение на созыв совещаний. В Москве Пироговское общество организовывало ежемесячно научные заседания. Вся организационную работу по их проведению вел Д. Н. Жбанков. В 1920 г. Пироговское общество предпринимало попытки проводить научные исследования. В губернские отделы здравоохранения была разослана подготовленная при участии Д. Н. Жбанкова программа для сбора сведений о состоянии врачебно-санитарного дела в стране. В ответ были получены сведения лишь из шести отделов, так как Наркомздрав запретил предоставлять сведения Пироговскому обществу<sup>23</sup>. Д. Н. Жбанков предпринимал героические усилия, чтобы про-

<sup>9</sup>Жбанков Д. Н. Некоторые итоги устройства городского врачебно-санитарного дела // *Общественный врач*. — 1915. — № 7. — С. 449—485.

<sup>10</sup>Пироговский съезд по борьбе с холерой. М., 1905. — Вып. 2. — С. 166.

<sup>11</sup>X съезд Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова. СПб., 1907. — С. 235.

<sup>12</sup>Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ), ДП ОО. 1906, д. 1700, л. 521.

<sup>13</sup>Хроника // *Русский врач*. — 1908. — № 34. — С. 1149; 1909. — № 47. — С. 1621.

<sup>14</sup>РГАЛИ, ф. 1999, оп. 1, д. 90, л. 8—10.

<sup>15</sup>Там же, ф. 199, оп. 1, д. 3, л. 5, 7.

<sup>16</sup>Жбанков Д. Н. Снова о смертной казни // *Общественный врач*. — 1918. — № 9—10. — С. 75—81.

<sup>17</sup>Там же, ф. 199, оп. 1, д. 24, л. 201.

<sup>18</sup>К товарищам врачам от правления Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова // *Общественный врач*. — 1917. — № 9—10. — С. 79—80.

<sup>19</sup>ГАРФ, ф. 1064, оп. 1, д. 39, л. 92—100.

<sup>20</sup>ЦГАДА, ф. 1984, оп. 1, д. 519, 534, 551, 552.

<sup>21</sup>Там же, ф. 1984, оп. 1, д. 530, л. 1—2.

<sup>22</sup>Там же, ф. 1984, оп. 1, д. 499, л. 1—2.

длить жизнь Пироговского общества. От имени Правления он рассылал на места размноженную на гектографе информацию о деятельности Пироговского общества. Однако в конце 1922 г. общество фактически прекратило свое существование, а 19 февраля 1925 г., по сведениям Д. Н. Жбанкова, было закрыто официально<sup>24</sup>.

Учитывая заслуги Д. Н. Жбанкова в общественной медицине России, в 1922 г. его зачислили в штат Комитета по изучению быта врачей при НКЗ РСФСР в должности научного сотрудника, и ему была выделена персональная пенсия. По поручению Н. А. Семашко Д. Н. Жбанков занимался библиографической работой<sup>25</sup>. С 1921 по 1925 г. он систематизировал материалы Пироговского общества. Послед-

ние годы жизни Д. Н. Жбанков посвятил работе над мемуарами.

В связи с 75-летием Д. Н. Жбанков получил поздравления от многих медицинских обществ, а также от бывших соратников по работе в Пироговском обществе: от писателя В. В. Вересаева, С. И. Мицкевича, А. Н. Сысина и многих других. Перечисляя заслуги Д. Н. Жбанкова в организации Пироговских съездов, публицистике, осуществлении санитарно-статистических исследований, С. И. Мицкевич писал: "Старый народник-семидесятник, глубоко преданный идее служения народу, так, как он это понимал, он всю жизнь, всего себя без остатка отдавал на служение делу, в которое верил. Обаятельный в личных отношениях, он умел сплачивать вокруг себя людей, которые хотели работать во имя блага трудящихся, но он же умел и горячо бороться с противниками и врагами своих заветных идеалов"<sup>26</sup>.

Поступила 15.12.08

<sup>23</sup>Жбанков Д. Н. Пироговская хроника. Сентябрь 1919—апрель 1922 // Общественный врач. 1922. — № 1. — С. 77.

<sup>24</sup>РГАЛИ, ф. 199, оп. 1, д. 24, л. 203.

<sup>25</sup>РГАЛИ, ф. 199, оп. 1, д. 1, л. 5.

<sup>26</sup>РГАЛИ, ф. 199, оп. 1, д. 3, л. 11.

© А. М. ВЯЗЬМИН, А. В. АНДРЕЕВА, 2010  
УДК 614.258.1:93(470+571)

А. М. Вязьмин, А. В. Андреева

## ОБЩЕСТВО АРХАНГЕЛЬСКИХ ВРАЧЕЙ — ОДНА ИЗ ПЕРВЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РОССИИ

ГОУ ВПО Северный государственный медицинский университет, Архангельск

**А. М. Вязьмин** — д-р мед. наук, проф., проректор (8818-2-28-57-61); **А. В. Андреева** — дир. музейного комплекса (museum@nsmu.ru).

*Общество архангельских врачей официально открыто 10 (22) января 1863 г. Цели и задачи организации были следующими: способствовать друг другу взаимным обучением, сообщением важных случаев и новостей; следить за развитием медицинских наук посредством выписки журналов и книг; изучать санитарно-гигиенические условия местности Архангельской губернии.*

*При поддержке общества в Архангельске были открыты фельдшерско-повивальная и ветеринарная школы (1876 г.), проведен I Съезд врачей Архангельской губернии (1907 г.), организованы инициативные группы для чтения лекций среди населения (1911 г.), создана организация "Капля молока", проводились акции "Белый цветок" и "Желтый цветок".*

*Деятельность общества сыграла важную роль в объединении врачей Архангельской губернии, способствовала росту их квалификации и развитию здравоохранения на Русском Севере.*

Ключевые слова: общество, здравоохранение, врач, наука

### THE ARKHANGELSK SOCIETY OF PHYSICIANS — ONE OF THE FIRST PUBLIC MEDICAL ORGANIZATIONS IN RUSSIA

A.M. Viazmin, A.V. Andreeva

*The Arkhangelsk society of physicians was officially opened in 1863. The purposes and tasks of the organization were the following: to one another with mutual education, information about important cases and news; to follow the development of medical sciences by means of journals and books subscription; to study sanitary hygienic conditions in Arkhangelskaya gubernia. The society supported in Arkhangelsk the organization of the feldsher midwife and veterinary schools (1876); the organization of the congress of physicians of Arkhangelskaya gubernia (1907); the organization of spearheads to lecture the population (1911); the organization of public group "The drop of milk" participated in the Red Cross actions "White flower" and "Yellow flower". The activities of society played an important role in the consolidation of physicians of Arkhangelskaya gubernia, promoted the enhancement of their professional qualification and the development of health care in Russian North.*

Key words: society, public health, physician, science

В XIX веке в центре и на периферии страны активно зарождались врачебные общества. Возникнув с 1858 по 1868 г., около 20 врачебных обществ в провинции во главе своей деятельности поставили изучение городов и областей в медико-топографическом отношении, исследование санитарных условий жизни населения и содействие организации мероприятий по борьбе с повальными болезнями. Ряд обществ начал свою работу с открытия бесплатных лечебниц.

В середине XIX века Архангельск представлял собой типичный губернский город, где для гражданского населения была одна больница Приказа общественного призрения, основанная в 1786 году<sup>1</sup>. Врачи были приезжие, нередко ссыльные. Дефицит медицинских работников ощущался остро. В такой ситуации возникла готовность к формированию новой организации, объединившей ведущие медицинские умы на Севере России.

Общество архангельских врачей было официально открыто 10 (22) января 1863 г.<sup>2</sup>

Устав общества разработали военный врач Николай Константинович Берг и врач губернской управы Александр Петрович Затварницкий. Первым президентом был выбран архангельский врач Иосиф Иванович Павловский.

С первых дней работы общество архангельских врачей взялось за вопросы, которые должны были решать администрации

<sup>1</sup>Лейбсон Л. Г. Врач Русского Севера. К истории общественной медицины в России. Нью-Йорк: New England Publishing Co, 1991. — С. 47.

<sup>2</sup>Протоколы и труды Общества архангельских врачей за 1888 г. Вып. 1. — С. 2.

города и губернии. Резолюции общества и решения комиссий рассылались во все инстанции. К деятельности общества с первых дней очень внимательно отнеслись губернаторы, которые не только присутствовали на заседаниях в качестве почетных членов, но и принимали активное участие в его работе (Н. А. Качалов, Н. М. Баранов, князь Н. Д. Голицын, камергер-неры императорского двора А. П. Энгельгардт и И. В. Сосновский)<sup>3</sup>. Действительными членами общества являлись начальник Врачебной управы и его заместитель. С ними координировались совместные действия по многим вопросам<sup>4</sup>.

Кроме действительных членов, в состав общества входили "члены-соревнователи". Большинство "соревнователей" вступили в общество в 1876 г., когда в здравоохранении Архангельска произошли знаменательные события. Было образовано Архангельское отделение Российского общества Красного Креста и Красного полумесяца, куда вошла уже существующая к тому времени община сестер милосердия, костяк которой составляли монахини Холмогорского монастыря. История развития сестринской общины и общества Красного Креста и Красного Полумесяца неразделима с деятельностью Общества архангельских врачей. В том же 1876 г. при поддержке общества были открыты фельдшерско-повивальная и ветеринарная школы, которые функционировали как единое учебное заведение<sup>5</sup>.

У каждого из названных учреждений своя история развития, но их объединяла единая движущая сила — Общество архангельских врачей, члены которого обучали фельдшеров, повитух-акушеров и сестер милосердия на базе больницы Приказа общественного призрения, лечебницы и госпиталя. Необходимо отметить, что некоторые из членов общества не имели права врачебной деятельности и находились под надзором полиции. До 80% всех "политических преступников" на европейском Севере России во второй половине XIX века составляли поляки, среди которых были и медики<sup>6</sup>.

Почетными членами Общества архангельских врачей являлись профессор Сергей Петрович Боткин (1887); Антон Яковлевич Красовский (1887) — ординарный профессор на кафедре акушерства, женских и детских болезней Медико-хирургической академии; Николай Мартьянович Гартинг (1864) — бывший архангельский губернатор; Николай Дмитриевич Голицын (1886) — князь, архангельский губернатор; Венцеслав Леопольдович Груббер (1887) — Императорской военно-медицинской академии, тайный советник в Петербурге; Христиан Яковлевич фон Гюбенет (1864) — профессор ...; Николай Павлович Игнатев (1872) — бывший архангельский губернатор; Юлий Иванович Мачон (1872) — профессор Киевского университета св. Владимира.

Кроме почетных и действительных членов и "соревнователей", были еще члены-корреспонденты общества, работавшие не только в Архангельской губернии и других регионах России, но и за границей. Например, среди членов-корреспондентов общества с 1875 по 1888 г. был магистр фармации из Дерптского университета Эдуард Иванович Марки<sup>7</sup>.

Активная деятельность Общества архангельских врачей подтверждается многочисленными публикациями. Периодические издания — "Правительственный вестник", "Архангельские губернские ведомости", "Архангельские городские известия", "Архангельский вестник", "Архангельские поморские вести", "Архангельск", "Северное утро", "Архангельские Епархиальные ведомости", "Волна" — рассматривали практическую общественную медицинскую деятельность учреждений и частных лиц. По материалам прессы можно судить о состоянии общественной медицины в губернии.

Начиная с 1864 г. протоколы общества печатались в "Архангельских губернских ведомостях" и издавались отдельными брошюрами для рассылки в другие общества, редакции журналов, университетские библиотеки. С 1884 г. протоколы всех заседаний стали печататься под названием "Протоколы и труды Общества архангельских врачей" по два выпуска ежегодно, по одному за каждое полугодие. В приложении к каждому выпуску помещались таблицы о заболеваемости и смертности в Архангельске.

На первых порах деятельности цели и задачи Общества архангельских врачей были весьма скромными: способствовать

друг другу взаимным обучением, сообщением важных случаев и новостей; давать возможность врачам следить за развитием медицинских наук посредством выписки журналов и книг<sup>8</sup>. Уже с первых лет существования общество признало необходимым расширить свои задачи и заняться изучением санитарно-гигиенических условий местности Архангельской губернии. На заседаниях общества врачи выступали с анализом состояния здравоохранения в губернии и смело вскрывали порочность системы медицинского обслуживания населения. На заседаниях рассматривались вопросы, связанные с обследованием и лечением больных, принимались решения по организации медицинского обслуживания населения, демонстрировались патолого-анатомические препараты. Члены общества принимали участие в регулярном издании "Сведений санитарно-статистического бюро Архангельской городской управы".

Некоторые сообщения на заседаниях общества не утратили актуальности и в наши дни: "О порче зубов и гигиеническом их сохранении" (1865); "О плохих гигиенических условиях на поморских судах" (1866); "Рак почек" (1871); "К этиологии и профилактики ногтеды ручных пальцев у рыбопромышленников Мурмана" (1872); "О качестве Северо-Двинской воды" (1884); "О мочекаменной болезни в Архангельской губернии" (1884); "К статистике смертности в Архангельске" (1884); "О страдании глистами жителей Архангельска" (1885); "Об инфекционных болезнях и мерах профилактики" (с 1863 г. — ежегодно); "О начале половой зрелости северянок" (1886) и другие<sup>9</sup>.

С самого начала деятельности общества поднимался вопрос о необходимости открыть в Архангельске лечебницу, о чем сообщалось в местной прессе<sup>10</sup>. Осознавая необходимость архангелогородцев в медицинской помощи, в 1864 г. члены общества организовали бесплатный прием больных на окраине города, в больнице архангельского Приказа общественного призрения и военном госпитале. Затем на средства от пожертвований обществом был приобретен дом в центре города, где в начале 1875 г. открылась специальная лечебница<sup>11</sup>. В ней ежедневно кто-либо из членов общества безвозмездно принимал больных, приходящих из города и приезжающих из сел. Первым заведующим лечебницей был доктор медицины Юлиан Александрович Космовский, президент Общества архангельских врачей на протяжении почти 30 лет.

В начале деятельности общества обсуждались наиболее интересные случаи оперативного вмешательства. С каждым годом число пациентов и сложность операций возрастали. Так, в 1887 г. Ю. А. Космовский произвел удаление грудной железы "на почве ракового заболевания", в 1896 г. Ануфриев — две операции "по удалению кист яичников" с полным выздоровлением пациентки. Это были первые полостные операции, проведенные в Архангельске. С 1899 г. в Архангельске доктор В. Калита стал широко проводить глазные операции, организовав за год до этого пункт попечительства о слепых. Впоследствии эту работу продолжил ссыльный врач Я. С. Киришман, расширив "окулистическую" практику по губернии путем организации "летучих глазных отрядов" и открыв глазной пункт в Архангельске. Киришману также принадлежит инициатива организации специализированной помощи по болезням уха, горла и носа. В 1907 г. в лечебнице Общества архангельских врачей ссыльный врач С. А. Никонов произвел сложные операции — удаление матки и удаление почки под хлороформным наркозом<sup>12</sup>.

Некоторые архангельские врачи являлись также членами медицинских обществ других регионов. Наиболее активную переписку северяне вели с "Обществом русских врачей в память Н. И. Пирогова", "Санкт-Петербургским медицинским обществом", Обществом морских врачей в Кронштадте, Императорским кавказским медицинским обществом, Обществом врачей, практикующих на Кавказских Минеральных Водах, Казанским военно-санитарным обществом, Физико-медицинским обществом и др., издания которых сохранились в библиотеке Общества архангельских врачей.

Влияние общества врачей на развитие культурной и общественной жизни в Архангельске было значительным. Стараниями общества в январе 1907 г. был проведен первый съезд врачей Архангельской губернии, на котором присутствовали 25 врачей

<sup>3</sup> Попов Г. П. Губернаторы Русского Севера. — Архангельск: Северо-Западное книжное издательство, 2001. — С. 10.

<sup>4</sup> Государственный архив Архангельской области (ГААО), ф. 1, оп. 8, т. 1, д. 884, лл. 2—3.

<sup>5</sup> Архангельские губернские ведомости. — 1888. — № 11. — С. 4.

<sup>6</sup> Супрун М. Н. Каторга и ссылка на Севере России. — Архангельск, 2008. — С. 5.

<sup>7</sup> Архангельские губернские ведомости. — 1888. — № 11. — С. 6.

<sup>8</sup> Устав Общества архангельских врачей. Архангельск, 1863. — С. 1—2.

<sup>9</sup> Архангельские губернские ведомости. — 1888. — № 11. — С. 6.

<sup>10</sup> Гросс А. Ф. О необходимости открыть в Архангельске лечебницу // АГВ. — 1864. — № 6—7.

<sup>11</sup> Протоколы и труды Общества архангельских врачей за 1910 г. — Архангельск, 1910. — С. 3.

<sup>12</sup> Киров А. А., Тюкина А. П. Здравоохранение Архангельской области в прошлом и настоящем. — Архангельск, 1967. — С. 10.

(почти все врачи губернии) и было сделано 30 докладов. На съезде обсуждались вопросы, волновавшие врачей и население, неудовлетворительное состояние медицинского обслуживания сельского населения и рабочих лесозаводов. "Бесконечно тяжелое, почти гнетущее впечатление, — писала газета "Архангельск", — производит проходящий в Архангельске первый съезд врачей... Тяжелое потому, что во всех докладах прослеживалось одно — врачебной помощи практически нет в губернии"<sup>13</sup>.

Общество архангельских врачей добивалось немалых результатов в деле организации оказания медицинской помощи неимущему населению и охране его здоровья. Необходимо помнить о том, что общественная медицина в Архангельской губернии развивалась особым путем еще и потому, что в регионе отсутствовала земская медицина.

Общество архангельских врачей активно распространяло медицинские знания. Представители общества были активными членами Общества трезвости. Они были организаторами чайных изб и изб-читален. В 1911 г. была организована инициативная группа для чтения лекций среди населения. Среди тех, кто читал лекции, есть наш земляк студент-медик Н. Н. Приоров (впоследствии он стал действительным членом Академии наук СССР, заместителем министра здравоохранения СССР). Многие вопросы гигиены, эпидемиологии и профилактики впервые на европейском Севере стали предметом изучения и решались медицинской общественностью. Общество архангельских врачей принимало меры к улучшению обслуживания детского населения и снижению детской смертности, которая в дореволюционное время была крайне высокой. Одной из заслуг провинциального общества стало изучение краевой патологии.

Деятельность Общества архангельских врачей до революции сыграла важную роль в объединении врачей губернии, способствовала росту их квалификации и развитию здравоохранения на Русском Севере.

В 1918 г. Архангельск был оккупирован английскими, американскими французскими войсками. Ассигнование на здравоохранение в это время было минимальным. После разгрома интервенции в мае 1920 г. лечебные учреждения были национализированы и переданы в ведение Архгубздрава. Больница Приказа общественного призрения была расширена до 300 коек и переименована в губернскую, затем в советскую архангельскую больницу. В лечебнице Общества архангельских врачей было открыто хирургическое отделение, а затем родильный дом имени Самойловой. Вскоре в Архангельске были основаны Санитарно-бактериологический институт, физиотерапевтическая лечебница, больница имени Семашко, венерологический диспансер, тубдиспансер, детская консультация и многие другие лечебные учреждения. В 1924 г. в Архангельске работали всего 64 врача, в 1926 г. — около 80. Многие из них объединились во врачебной ассоциации, которую возглавил А. А. Ануфриев. Общество архангельских врачей не прекратило свое существование, а

продолжило деятельность после ряда реорганизаций в новом качестве. Позднее в архангельской врачебной ассоциации организовались секции (хирургическая, терапевтическая и акушерско-гинекологическая)<sup>14</sup>.

После открытия Архангельского государственного медицинского института (АГМИ) были организованы общества врачей по специальностям. Терапевтическое возглавил профессор Н. Н. Дьяков, хирургическое — профессор М. В. Алферов, акушерско-гинекологическое — профессор В. В. Преображенский. Общественные медицинские организации внесли значительный вклад в дело Победы в годы Великой Отечественной войны. Ученые АГМИ продолжали научную работу в самые трудные военные дни. В послевоенный период наиболее активно работали следующие архангельские общества: педиатров (председатель профессор М. В. Пиккель), терапевтов (председатель профессор Т. Н. Иванова), хирургов (председатели — профессора Г. А. Орлов, Н. П. Бычихин, Б. Н. Федоров). Отдельные по специальностям секции вырастали в новые общества и ассоциации. Многие из истории развития архангельских научных обществ сохранилось благодаря профессору Раисе Васильевне Банниковой<sup>15</sup>.

Работа современных научных медицинских общественных организаций направлена, как и более 100 лет назад, на повышение квалификации врачей и улучшение специализированной медицинской помощи населению. Наблюдается возвращение к активной деятельности медицинской общественности, все чаще проводятся съезды медицинских работников, действуют старые и возникают новые научно-медицинские общества. Представители многих организаций объединились в Общество изучения истории медицины европейского Севера, которое основано в 2005 г. в Северном государственном медицинском университете (СГМУ). На ежемесячных заседаниях общества специалисты разных направлений представляют свои материалы по истории развития служб.

Самыми активными по сбору исторического материала являются архангельские хирурги, которые на заседаниях общества регулярно представляют результаты своих исследований по истории развития медицины на Севере от средних веков и до наших дней. В музейном комплексе СГМУ весь материал обобщается, расширяется база дальнейшего научного поиска.

Таким образом, дело, начатое в 1863 г. архангельскими врачами, нашло свое достойное развитие и продолжение в современной научной, практической и общественной деятельности. Общество архангельских врачей сыграло огромную роль в становлении и развитии медицины, внесло существенный вклад в позитивное развитие теоретических вопросов и решение практических задач здравоохранения на европейском Севере России.

Поступила 27.06.09

<sup>14</sup>Киров А. А., Тюкина А. П. Здравоохранение в Архангельской области в прошлом и настоящем. — Архангельск: Северо-Западное книжное издательство, 1967. — С. 16.

<sup>15</sup>Андреева А. В. К юбилею Общества Архангельских врачей // Медик Севера. — 2008. — № 5. — С. 5.

<sup>13</sup>Газета "Архангельск". — 1907. — 12 января. — С. 2.

Т. С. Сорокина

## ПЯТИДЕСЯТИЛЕТИЕ РОССИЙСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ДРУЖБЫ НАРОДОВ (к истории медицинского факультета)

Российский университет дружбы народов, Москва

Т. С. Сорокина — д-р мед. наук, зав. курсом (434-54-50).

*Представлена история Российского университета дружбы народов, и в частности медицинского факультета, с момента его основания до наших дней.*

Ключевые слова: иностранные граждане, обучение, развивающиеся страны

THE FIFTIETH ANNIVERSARY OF THE RUSSIAN PEOPLES FRIENDSHIP UNIVERSITY (ON THE HISTORY OF THE FACULTY OF MEDICINE)

T.S. Sorokina

*The article presents the history of the Russian Peoples Friendship University and of the faculty of medicine in particular from the moment of its organization to nowadays.*

Key words: foreign citizen, education, developing countries



Обучение иностранных граждан в высших учебных заведениях нашей страны ведет свою историю с января 1945 г., когда Народное правительство Болгарии обратилось к Советскому Союзу с просьбой предоставить возможность болгарским гражданам учиться в советских высших учебных заведениях. Правительство СССР дало такое согласие, и уже со второго семестра 1945/46 учебного года первые болгарские студенты — будущие кинематографисты — приступили к учебе во ВГИКе и Ленинградском институте кинематографии<sup>1</sup>. В следующем учебном году советские вузы приняли на учебу 494 граждан социалистических стран — Болгарии, Венгрии, Польши и Югославии. Регламент обучения иностранных граждан в СССР был закреплен международными договорами: в 1947 г. — с Болгарией и Румынией, в 1948 г. — с Венгрией, Монголией, Польшей, Чехословакией и Северной Кореей, в 1952 г. — с ГДР, в 1955 г. — с Демократической Республикой Вьетнам, а в 1960 г. — с Кубой. Количество граждан этих стран, обучающихся в вузах СССР, быстро росло. Так, в октябре 1954 г. в нашей стране обучалось 12 833 гражданина социалистических стран, в том числе 1149 аспирантов<sup>2</sup>.

Период 1950-х — начала 1960-х годов явился временем бурного национально-освободительного движения в странах Арабского Востока (1951 — Ливия; 1952 — Египет; 1954 — Алжир; 1956 — Марокко, Тунис, Судан), Америки (1959 — Куба), Африки (1957 — Гана; 1958 — Гвинея). В 1960 г. только в Африке добились независимости 17 государств, и вполне закономерно, что этот год был провозглашен ООН как "год Африки".

В период колониальной зависимости страны Азии, Африки и Латинской Америки были лишены возможности готовить для себя квалифицированные национальные кадры. Так, к моменту достижения независимости в Конго (столица — Киншаса) было всего лишь 20, а в Ливии — 12 лиц коренных национальностей с высшим образованием. Подготовка национальных кадров специалистов стала для молодых развивающихся государств насущной потребностью. Переломным в этом отношении явился 1960 г., когда в вузы СССР были приняты на учебу 392 человека из 29 стран Африки, 495 человек из 21 страны Азии и около 200 из 19 стран Латинской Америки. Обучались они в ведущих вузах Москвы (МГУ, энергетическом, нефтяном, горном, автомеханическом, текстильном, инженерно-строительном, геологоразведочном, авиационном, химико-технологическом, стали и сплавов, механизации и электрификации сельского хозяйства и некоторых других институтах), а также в других крупных городах страны — Ленинграде, Харькове, Киеве, Свердловске и др.<sup>3</sup>

За период с 1945 до начала 1960-х годов в Советском Союзе было подготовлено 13,5 тыс. иностранных специалистов, накопился определенный опыт обучения и воспитания иностранных учащихся, начала складываться самобытная система подготовки кадров специалистов для зарубежных стран.

Все это создало определенные объективные предпосылки для создания в нашей стране на рубеже 1950-х и 1960-х годов Университета дружбы народов (УДН) — высшего учебного заведения, которое могло бы не только готовить кадры специалистов для развивающихся стран, но и разрабатывать оптимальные программы обучения иностранных учащихся.

УДН был учрежден 5 февраля 1960 г. Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 130:

"1. Учредить в г. Москве Университет дружбы народов при Советском комитете солидарности стран Азии и Африки, Союзе советских обществ дружбы и культурной связи с зарубежными странами и ВЦСПС для подготовки национальных кадров стран Азии, Африки и Латинской Америки.

2. Установить, что Университет дружбы народов готовит инженеров, специалистов сельского хозяйства, учителей, врачей, экономистов и специалистов по другим отраслям знаний"<sup>4</sup>.

Первоначально УДН был учрежден в составе 7 факультетов подготовительного (одногодичный курс изучения русского или иностранного языка) и 6 основных факультетов (инженерного, физико-математических и естественных наук, медицинского, сельскохозяйственного, историко-филологического и экономико-права).

<sup>1</sup>Советско-болгарские отношения и связи: Документы и материалы. — Т. 2. Сентябрь 1944—декабрь 1958 гг. — М., 1981. — С. 129.

<sup>2</sup>Софинский П. Н. 30 лет сотрудничества // Вестник высшей школы. — 1981. — № 11. — С. 76.

<sup>3</sup>Фролов Е. А., Гладуш А. Д., Савин В. М., Билибин Д. П., Румянцева Л. С. Очерки истории Российского университета дружбы народов / Под общ. ред. В. А. Фролова. — М., 2009. — С. 18—20.

<sup>4</sup>Фролов В. А., Гладуш А. Д., Савин В. М., Билибин Д. П., Румянцева Л. С. Очерки истории Российского университета дружбы народов / Под общей редакцией В. А. Фролова. — М., 2009. — С. 25.

Торжественное собрание, посвященное открытию УДН, состоялось 17 ноября 1960 г. в Колонном зале Дома союзов.

"Открывая Университет дружбы народов, — говорил в тот вечер Никита Сергеевич Хрущев, — мы хотим только одного — помочь другим странам в подготовке высококвалифицированных кадров. Это особенно важно для тех стран, которые длительное время подвергались тяжелому колониальному гнету... Пусть молодые люди из этих стран приезжают в Москву, учатся, постигают современную науку. Пусть не будет среди вас неприязни и крепнет дружба между вами, независимо от того, из какой страны вы сюда приехали".

Сегодня ни у кого не вызывает сомнения, что народы различных рас и национальностей, культур и вероисповеданий могут в дружбе и согласии жить и работать под одной крышей. Но тогда — в 1960 г. — это был смелый эксперимент. Первый в истории человечества.

В первом наборе 1960 г. было 539 иностранных студентов, которые представляли 59 стран Азии, Африки, Латинской Америки, и 57 учащихся из Советского Союза. На подготовительном факультете их обучали 120 опытных преподавателей русского и иностранных языков.

Занятия на подготовительном факультете начались 1 октября 1960 г., и все зачисленные в УДН на 6 основных факультетов в течение 1 года изучали на подготовительном факультете иностранные языки по 26 ч в неделю — зарубежные студенты учились говорить по-русски и понимать разговорную речь, а советские изучали английский, французский или испанский язык. Обучение иностранным языкам продолжалось и на основных факультетах. В результате все выпускники УДН получали второй диплом переводчика с родного языка на иностранный. За годы своего существования подготовительный факультет выпустил более 70 тыс. студентов из 140 стран мира.

Финансирование обучения иностранных (и советских) студентов в УДН осуществлялось за счет Советского правительства, включая их проезд в Москву и отъезд на родину по окончании университета.

Количество советских студентов на медицинском факультете практически равнялось числу учебных групп — 1 (редко 2) в каждой группе. Отбирали их из числа отличников, уже поступивших в 1-й МОЛМИ им. И. М. Сеченова. Конкурсного приема в УДН в первые 10-летия его истории еще не было.

Все студенты (без исключения) получали стипендии: иностранные — 90 руб., советские — 45 руб. (отличники учебы — 55 руб.). В те годы на эти деньги можно было нормально жить и спокойно учиться, ведь хороший обед в студенческой столовой стоил 50 коп., билет в метро — 5 коп., в трамвае — 3 коп. Все студенты УДН, включая москвичей, обязательно жили в общежитии. Проживание в общежитии, обслуживание в университетской поликлинике и летний отдых в студенческих лагерях в Молдавии, на Черном море или в Подмоскovie также оплачивались из бюджета университета.

Основные факультеты открылись в сентябре 1961 г. Среди них самым большим был и остается медицинский факультет.

В первом наборе медицинского факультета было 103 студента из 35 стран мира, среди них 9 советских студентов. Через 5 лет, в 1966 г., эти первые студенты-медики стали первыми выпускниками медицинского факультета УДН.

В течение 34 лет на медицинском факультете УДН существовала только одна специальность — "Лечебное дело". В 1994 г. добавилась специальность "Фармация", в 1998 г. — специальность "Стоматология". Затем к этим очным специальностям присоединились и заочные — "Фармация" (2001), "Сестринское дело" (2005) и "Экономика и управление на предприятии (в здравоохранении)" (2007).

Постепенно, по мере развития медицинского факультета УДН, формировались первые кафедры, у истоков которых стояли их основатели — первые заведующие кафедрами (табл. 1) и их коллеги — первые профессора, доценты, ассистенты и сотрудники. Некоторые из них продолжали возглавлять кафедры в I ММИ им. И. М. Сеченова и одновременно создавали аналогичные кафедры в Университете дружбы народов (Д. А. Жданов, Ф. Ф. Талызин, В. Г. Елисеев).

Преподавание фундаментальных наук, на которые опирается медицина (физики, химии, математики, генетики, психологии и др.), осуществлялось на соответствующих кафедрах факультета физико-математических и естественных наук. Таким образом, УДН с первых шагов создавался как университет классического типа, в котором образование врача (университетское медицинское образование) интегрируется в общеуниверситетскую структуру и имеет принципиально новый качественный уровень.

Со временем самостоятельные курсы преобразовывались в кафедры, появлялись новые учебные дисциплины, новые учебные и научные подразделения. В год первого выпуска на факультете были 22 кафедры и 4 самостоятельных курса, которые

## Кафедры периода становления медицинского факультета УДН, их основатели и первые заведующие

Год основания	Первоначальное название кафедры (курса)	Основатели и первые заведующие кафедрами
1961	Кафедра нормальной анатомии	1961—1966 — акад. АМН СССР, засл. деят. науки РСФСР, проф., д-р мед. наук Дмитрий Аркадьевич Жданов; 1967—1996 — проф., д-р мед. наук Нина Васильевна Крылова*
	Кафедра биологии и паразитологии	1961—1964 — член-корр. АМН СССР, проф., д-р биол. наук Федор Федорович Талызин; 1964—1971 — доц., канд. мед. наук Татьяна Николаевна Улиссова
	Кафедра гистологии и эмбриологии	С 1961 — засл. деят. науки РСФСР, проф. Владимир Григорьевич Елисеев; 1966—1999 — проф., д-р мед. наук Нина Алексеевна Юрина*
1962	Кафедра нормальной физиологии	1962—1974 — проф., д-р мед. наук Константин Михайлович Кулланда*
	Кафедра микробиологии	1962—1994 — проф., д-р мед. наук Василий Сильвестрович Киктенко
	Кафедра биохимии	1962—1992 — акад. РАМН, проф., д-р мед. наук Темирболат Темболатович Березов*
1963	Кафедра фармакологии	1962—1985 — проф., д-р мед. наук Степан Иванович Золотухин*
	Кафедра патологической морфологии	1963—1986 — проф., д-р мед. наук Ирина Константиновна Есипова
	Кафедра внутренних болезней	1963—1983 — засл. деят. науки РСФСР, проф., д-р мед. наук Петр Михайлович Киреев
1964	Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии	1963—1997 — член-корр. РАМН, проф., д-р мед. наук Игорь Дмитриевич Кирпатовский*
	Кафедра хирургии	1963—1985 — проф., д-р мед. наук Владимир Владимирович Виноградов
	Кафедра патологической физиологии	1964—1970 — проф., д-р мед. наук Тимофей Иванович Беслекоев
1965	Кафедра детских болезней	1964—1975 — проф., д-р мед. наук Феокиста Андреевна Богомоллова
	Курс туберкулеза	1964—1975 — проф., д-р мед. наук Зинаида Александровна Лебедева
	Курс болезней уха, горла и носа	1964—1991 — проф., д-р мед. наук Юрий Васильевич Преображенский
	Кафедра нервных болезней	1964—1996 — проф., д-р мед. наук Юрий Степанович Мартынов
	Кафедра кожных и венерических болезней	1964—1970 — проф., д-р мед. наук Роберт Сергеевич Бабаянц
	Кафедра судебной медицины	1964—1971 — проф., д-р мед. наук Александр Петрович Громов
	Кафедра гигиены и организации здравоохранения	1964—1970 — проф., д-р мед. наук Мигмар Александрович Пинигин*
	Кафедра госпитальной терапии	1965—1984 — проф., д-р мед. наук Валентина Александровна Кононяченко
	Кафедра госпитальной хирургии	1965—1970 — проф., д-р мед. наук Василий Алексеевич Иванов
	Кафедра акушерства и гинекологии	1965—1970 — проф., д-р мед. наук Алексей Александрович Иванов
Кафедра инфекционных болезней	1965—1996 — засл. деят. науки РСФСР и Каракалпакии, проф., д-р мед. наук Константин Михайлович Лобан	
1965	Кафедра эпидемиологии	1965—1974 — проф., д-р мед. наук Сергей Васильевич Нечаев*
	Курс психиатрии	1965—1996 — проф., д-р мед. наук Мария Васильевна Коркина*
	Курс глазных болезней	1965—1966 — доц., канд. мед. наук Валентина Николаевна Левит; 1966—1996 — проф., д-р мед. наук Владимир Сергеевич Беляев

Примечание. \* — На момент создания кафедры — доцент, кандидат медицинских наук.

готовили врачей лишь по одной специальности — "Лечебное дело". В год 50-летия РУДН на медицинском факультете функционируют 43 кафедры и 2 самостоятельных курса, на которых ведется обучение по 4 специальностям: "Лечебное дело", "Стоматология", "Фармация" и "Сестринское дело".

Первым деканом медицинского факультета был Александр Петрович Громов — заведующий кафедрой судебной медицины 1-го МОЛМИ им. И. М. Сеченова, проф., доктор мед. наук, впоследствии член-корреспондент АМН СССР. В наши дни во главе факультета стоит профессор Виктор Алексеевич Фролов — заслуженный деятель науки РФ, заведующий кафедрой общей патологии и патологической физиологии РУДН, академик Международной академии наук высшей школы, член-корреспондент РАЕН, председатель Совета деканов медицинских факультетов государственных университетов Российской Федерации (табл. 2).

Первые студенты университета, окрыленные его идеями, стремились усвоить все, что дают учителя, много читали, постоянно дежурили в клиниках, сопоставляли учебную и справочную медицинскую литературу на русском и иностранных языках. Для иностранных студентов это было особенно важно, ведь на родине им предстояло работать и общаться с коллегами и пациентами на своем родном языке.

В наши дни РУДН — крупный учебный и научный центр, который по всем рейтингам занимает 3—4-е место среди университетов Российской Федерации. В РУДН ежегодно обучаются 30 тыс. студентов, аспирантов, ординаторов и стажеров по 62 направлениям и специальностям. РУДН сотрудничает со 187 зарубежными вузами. В студенческих академических обменах ежегодно принимают участие 200—230 студентов РУДН. Коллектив преподавателей университета состоит из 2200 сотрудников, включающих 350 профессоров и докторов наук и 900 доцентов и кандидатов наук. Среди них 61 академик и член-корреспондент академий наук России и 50 заслуженных деятелей науки Российской Федерации.

Медицинский факультет — крупнейший в РУДН. В год первого выпуска врачей (1966) на всех кафедрах факультета работало 120 ученых, среди них 21 профессор, доктор наук и 58 доцентов, кандидатов наук. Сегодня, когда осуществлены 43 выпуска врачей, на пяти континентах земного шара успешно трудятся более 6400 его выпускников, которые работают в 112 странах мира. На факультете обучаются более 2000 студентов и свыше 700 постдипломников (интернов, ординаторов и аспирантов). Их подготовку осуществляют 123 доктора медицинских на-

Таблица 2

## Деканы медицинского факультета УДН (РУДН)

Годы работы на посту декана	Деканы медицинского факультета УДН	Их врачебная специальность
1961—1964	Александр Петрович Громов	Судебная медицина
1964—1967	Василий Сильвестрович Киктенко	Микробиология
1967—1970	Юрий Степанович Мартынов	Нервные болезни
1970—1973	Константин Михайлович Кулланда	Нормальная физиология
1973	Дмитрий Петрович Билибин	Нормальная физиология
1973—1980	Федор Николаевич Ромашов	Госпитальная хирургия
1980—1983	Николай Алексеевич Тюрин	Детские болезни
1983 — по настоящее время	Виктор Алексеевич Фролов	Патофизиология

ук (среди них 115 профессоров) и 217 кандидатов наук (среди них 172 доцента), 27 старших преподавателей и 102 ассистента. На факультете 16 заслуженных деятелей науки РФ, 5 академиков РАМН (Н. А. Агаджанян, Т. Т. Березов, В. А. Быков, В. С. Моисеев, В. П. Харченко), 2 члена-корреспондента РАМН (И. Д. Кирпатовский, В. К. Лепехин) и 29 академиков различных общественных академий наук, 3 лауреата Государственной премии (профессора А. В. Бутров, В. Е. Родоман и Ф. Н. Ромашов) и 2 лауреата премии Правительства РФ (академик РАМН Т. Т. Березов и профессор Н. В. Загородний)<sup>5</sup>.

У себя на родине выпускники РУДН успешно трудятся и за-

<sup>5</sup>Подробнее см.: Профессора, доктора наук и видные ученые Российского университета дружбы народов: Библиографический словарь / Под общ. ред. В. М. Филиппова. — М., 2010; Фролов В. А., Гладуш А. Д., Савин В. М., Билибин Д. П., Румянцев Л. С. Очерки истории Российского университета дружбы народов / Под общ. ред. В. А. Фролова. — М., 2009.

© С. Г. ГОНЧАРОВА, 2010  
УДК 62:93:614.258.1

С. Г. Гончарова

## МОСКОВСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ИСТОРИКОВ МЕДИЦИНЫ В 2009 Г.

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

С. Г. Гончарова — ст. науч. сотр. (916-04-22)

Московское научное общество историков медицины (МНОИМ; председатель — проф. М. Б. Мирский) существует с 1949 г. и регулярно, 1 раз в месяц, проводит свои заседания. За это время проведено более 520 заседаний. В настоящее время в обществе состоят 150 членов.

В 2009 г. проведено 10 заседаний общества, на которых заслушано 20 научных докладов и сообщений.

На январском заседании общества был заслушан доклад канд. мед. наук Е. О. Сухно "Развитие вирусологии в XX веке". Докладчик осветила основные этапы развития вирусологии в XX веке и показала роль открытий зарубежных и отечественных ученых в становлении и развитии вирусологии как самостоятельной науки. Новизна доклада содержалась в заключительной части, в которой докладчиком дана оценка вклада лауреатов Нобелевской премии первого 10-летия XXI века, открывших новые перспективы для диагностики и лечения вирусных инфекций (СПИДа, рака и т. п.). В обсуждении доклада приняли участие: проф. С. П. Глянцев, проф. М. Б. Мирский, врачи З. М. Агеева, В. С. Игнатенко, Н. В. Ольшанецкая, М. И. Кречмер и др.

О знаменательных датах истории медицины 2009 г. сделала сообщение Н. П. Воскресенская.

На февральском заседании общества с докладом "Карл Рокитанский — основатель современной патологической анатомии (на примере сердечно-сосудистой хирургии)" выступил студент VI курса ММА им. И. М. Сеченова В. И. Каледа (науч. рук. — проф. С. П. Глянцев). Докладчик осветил в докладе новые биографические данные, показал вклад К. Рокитанского, основателя новой венной школы, в науку (частную патологию) и значение его эклектической теории, в которой он пытался совместить гуморальную и клеточную теории патологии. В обсуждении доклада приняли участие проф. М. Б. Мирский, канд. мед. наук Б. Л. Лихтерман, З. М. Агеева, Н. В. Ольшанецкая и др.

Новые материалы из экспозиции музея больницы о докторе П. П. Кашенко (к 150-летию со дня рождения), рисующие образ врача-новатора, представила в своем сообщении врач-психиатр З. М. Агеева.

В обсуждении доклада приняли участие проф. С. П. Глянцев, канд. мед. наук Н. Н. Блохина, канд. мед. наук Б. Л. Лихтерман, М. И. Кречмер и др.

На мартовском заседании с докладом "Вклад медицинской общественности в развитие проблемы городского водоснабжения" выступила канд. ист. наук Е. В. Шерстнева. В докладе впервые отражена совместная деятельность городских самоуправлений и медицинской общественности (медицинских обществ, Пироговского и Водопроводных съездов) в организации городского водоснабжения и санитарно-гигиенического контроля над ним. Освещена научная разработка проблем водоснабжения (способы фильтрации, дополнительные методы обеззараживания, бактериологический анализ воды и т. д.). В обсуждении доклада приняли участие проф. Л. Г. Подунова,

нимают высокие посты. Абдул Муди стал министром здравоохранения Республики Нигер, Агадзи Виктор Кофи — главным эпидемиологом Республики Гана и руководителем Комитета защиты мира в своей стране, Рауль Филиппо Каликс — деканом медицинского факультета Гондурасского автономного университета и президентом Ассоциации медицинских факультетов стран Центральной Америки. В январе 2006 г. в Москву приехал новый чрезвычайный и полномочный посол Республики Панама в Российской Федерации Аугусто Фабрега, окончивший медицинский факультет в 1966 г. (первый выпуск врачей).

Более 500 выпускников РУДН работают в стенах родной alma mater. Они руководят университетом, заведуют кафедрами, читают лекции и ведут занятия, продолжая традиции своих учителей. И какой бы пост ни занимал каждый из нас, годы учебы в РУДН сохраняются в наших сердцах как лучшие годы нашей юности. Вместе с университетом идем мы этой счастливой дорогой длиною в жизнь, которая открылась перед нами 50 лет тому назад.

Поступила 26.02.10

проф. М. Б. Мирский, проф. Т. Д. Большакова, канд. ист. наук И. В. Егорышева.

Состоялась презентация книги "Медицина в искусстве". Проф. Т. С. Сорокина — составитель и комментатор текста — рассказала о своей работе над книгой.

На апрельском заседании был заслушан доклад преподавателя курса истории медицины Смоленской государственной медицинской академии Е. Л. Коноплевой "Роль общественных объединений в здравоохранении Смоленска и Смоленской губернии (1870—1917)". В докладе на примере крупных обществ — Смоленского медицинского общества (1886) и Смоленской общины сестер милосердия РОКК (1899) — освещен научно-практический вклад медицинской общественности Смоленска в охрану здоровья населения. Е. Л. Коноплева остановилась на медико-социальной деятельности общества смоленских врачей (организация бесплатной амбулатории, службы ночных дежурств и т. п.). Местное управление РОКК имело бесплатную амбулаторию с аптекой (1897) и лечебницу на 8 коек (1901). Сестры из общины сестер милосердия принимали участие в оказании помощи больным и раненым воинам, работали на эпидемиях и голоде. В прениях по докладу выступили академик РАМН Ю. П. Лисицын, проф. М. Б. Мирский, проф. С. П. Глянцев и др.

С презентацией книги "Сергей Колесников — судьба хирурга" выступил автор проф. С. П. Глянцев. Книга явилась плодом многолетнего исследования жизненного пути и научного наследия проф. С. А. Колесникова и его школы.

В мае 2009 г. заседание общества произошло в рамках III съезда Конфедерации историков медицины (международной; КИММ). В работе съезда приняли участие 115 историков медицины России и других государств — Белоруссии, Болгарии, Великобритании, США, Сербии, Турции, Украины, Латвии, Литвы. Заслушанные на 3 пленарных и секционных заседаниях доклады отражали узловые проблемы истории медицины и стали показателем состояния исследований в этой области знаний. На съезде работали 6 секций: "Медицина XX—XI веков", "Уроки отечественного здравоохранения", "История медицинского образования и преподавание истории медицины", "Медицинское музейное и источниковедение", "История военной медицины", "Разное". В работе съезда приняли активное участие члены Московского научного общества историков медицины.

В июне 2009 г. на заседании общества были заслушаны доклад президента КИММ академика РАМН Ю. П. Лисицына и содоклад ученого-секретаря КИММ академика Петровской академии наук и искусств, доцента Т. В. Журавлевой по итогам III съезда историков медицины. Ю. П. Лисицын дал высокую оценку и отметил большую организационную работу проф. С. П. Глянцева, проф. К. А. Пашкова и сотрудников кафедры истории медицины МГМСУ, проф. М. Б. Мирского и сотрудников отдела истории медицины и здравоохранения НИИ общественного здоровья. Останавливаясь на перспективах разви-

тия общества, Ю. П. Лисицын указал на необходимость активизировать его деятельность в связи с наметившейся тенденцией к сокращению и даже исключению курса истории медицины из программы обучения студентов медицинских вузов. Следует также перерегистрировать общество в Минюсте в соответствии с новым Законом об общественных организациях. В содокладе Т. В. Журавлева осветила деятельность общества в период между съездами. Проф. С. П. Глянцев высказал свое мнение о сохранении КИММ в прежнем статусе и об изменении устава КИММ и реорганизации его в Российское национальное общество. В обсуждении докладов приняли участие: проф. М. Б. Мирский, проф. Н. И. Гусаков, канд. мед. наук М. И. Поддубный, М. Н. Балахонов и др., давшие удовлетворительную оценку деятельности КИММ.

С докладом о Киево-Покровском женском монастыре-больнице и роли Великой княгини Александры Петровны в создании и деятельности больничного комплекса, а также в нравственном воспитании и профессиональной подготовке сестер милосердия выступила канд. мед. наук Н. Н. Блохина. Она затронула малоизученную проблему участия православной церкви в организации медицинской и благотворительной помощи населению в конце XIX — начале XX века. В обсуждении доклада приняли участие проф. М. Б. Мирский, М. П. Кузыбаева, Н. В. Ольшанецкая и др. Стоялась также презентация книги проф. Т. С. Сорокиной "Медицинские профессии" (2009), рекомендованной в качестве учебного пособия для профильного обучения школьников.

На сентябрьском заседании общества с докладом о душевной болезни Н. В. Гоголя выступила врач-психиатр З. М. Агеева. По ее мнению, гениальный русский писатель страдал нервным расстройством (тяжелой депрессией), которая в конечном итоге привела его к преждевременной смерти. В содокладе канд. мед. наук Н. Н. Блохиной прозвучала другая версия: Н. В. Гоголь являлся исключительной и одной из самых аскетических фигур в отечественной литературе. Ближайшие к нему лица наблюдали, что его путь, подобно жизни инока, был непрерывным восхождением к высотам духа. В содокладе Н. В. Гоголь был представлен прежде всего как зачинатель святоотеческой традиции в русской литературе, как религиозный мыслитель и публицист. В обсуждении докладов приняли участие проф. Н. Б. Коростелев, проф. М. Б. Мирский, канд. мед. наук Б. Л. Лихтерман и др.

В сообщении М. С. Сергеевой "Преподавание фармации в России в XIX — начале XX века" были освещены основные этапы академического преподавания фармации и вопросы реформирования системы преподавания. В обсуждении доклада приняли участие проф. М. Б. Мирский, канд. мед. наук С. С. Кривобокова, М. И. Кречмер, которые указали докладчику на необходимость показать влияние развития фармации на преподавание фармации на различных этапах. С краткой информацией "Вопросы истории медицины на XXIII Международном конгрессе по истории науки и техники (Будапешт, 28 июля — 2 августа 2009 г.)" выступил канд. мед. наук Б. Л. Лихтерман.

Октябрьское заседание общества было посвящено 90-летию со дня рождения видного историка медицины Г. В. Архангельского (1919—1999). Кратко обозначив основные биографические вехи жизни Г. В. Архангельского, канд. мед. наук М. В. Поддубный выделил 3 направления его деятельности: история неврологии, деятели отечественной медицины и врачебное окружение русских писателей (А. И. Герцен, Н. С. Лесков, Н. В. Гоголь, М. Е. Салтыков-Щедрин, А. П. Чехов и др.).

М. В. Поддубный более подробно остановился на последнем периоде жизни и деятельности Г. В. Архангельского, его работе в Центральном музее истории медицины, где он заведовал отделом фондов. С воспоминаниями о Г. В. Архангельском выступили коллеги и друзья: проф. М. Б. Мирский, проф. Н. Б. Коростелев, проф. С. П. Глянцев, канд. мед. наук Н. Н. Блохина, канд. мед. наук Т. В. Журавлева, канд. мед. наук Б. Л. Лихтерман. Они раскрыли образ талантливого, прекрасного образованного человека, хорошо знавшего литературное наследие Серебряного века, натуру, увлекавшуюся и умевшую увлечь других, глубоко историка медицины и знатока книги.

Проф. С. П. Глянцев в видеосообщении "От истории — в будущее сердечно-сосудистой хирургии" рассказал об экспозиции музея НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, демонстрирующей основные этапы развития сердечно-сосудистой хирургии и роль отечественных ученых в этом процессе.

В ноябре 2009 г. члены общества приняли участие в "Международном симпозиуме "Роль медицинской общественности в здравоохранении России: история и современность". В работе симпозиума участвовали историки медицины из стран ближнего зарубежья и Балтии. Члены МНОИМ выступили с основными докладами.

В декабре был заслушан доклад доктора мед. наук Н. А. Григорян "Отечество и ученый. К 160-летию И. П. Павлова". Общеизвестно, что советская власть создала академику И. П. Павлову все условия для научной работы и, по мнению Н. А. Григорян, он это ценил. Н. А. Григорян привела многочисленные документальные свидетельства, подтверждающие, что И. П. Павлов был истинным патриотом своего Отечества, он всегда говорил об ответственности ученого перед Отечеством. В докладе сообщалось о непростых взаимоотношениях И. П. Павлова и государственных структур, о чем свидетельствуют факты из переписки И. П. Павлова с Н. И. Бухаринным, взгляды которого по некоторым вопросам (о революции, культурном строительстве, образовании и науке) он не разделял. Н. А. Григорян подчеркнула, что не может дать однозначного ответа на вопрос об отношении И. П. Павлова к религии, хотя, по ее мнению, он не был "воинствующим атеистом" (соблюдал церковные обряды, посещал церковь, выступал против разрушения церквей и монастырей), но в то же время, отвечая на анкету Нобелевского комитета, загадочно написал "предпочитаю знать". В обсуждении доклада приняли участие проф. М. Б. Мирский, канд. мед. наук Н. Н. Блохина, военный врач А. Е. Яковлев, З. М. Агеева, М. П. Кузыбаева и др.

С сообщением "Профессор А. Н. Маклаков — видный отечественный ученый и общественный деятель" выступила канд. пед. наук Н. А. Емельянова. Докладчик подробно рассказала о вкладе А. Н. Маклакова в офтальмологию, о его мировом приоритете в исследовании внутриглазного давления (тонометр Маклакова—Грефа). Другой важной заслугой А. В. Маклакова стало изучение влияния лучистой энергии на глаза. В опыте на себе он доказал, что офтальмия, вызванная влиянием сварки на глаза, носит временный характер, и предложил использовать очки с зелено-желтыми защитными стеклами для предупреждения производственного травматизма глаз. Профессор А. Н. Маклаков был директором глазной клиники Московского университета, основателем научной школы и видным общественным деятелем. В обсуждении доклада приняли участие проф. М. Б. Мирский, докт. мед. наук Н. А. Григорян, канд. мед. наук Н. Н. Блохина, аспирант А. В. Дячун и др.

© Н. П. ВОСКРЕСЕНСКАЯ, 2010

УДК 614.2:93]:061.75 «2010»

## ЗНАМЕНАТЕЛЬНЫЕ И ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ 2010 Г.\*

### Историко-медицинские события

300 лет — проведение первой подворной переписи в России (1710 г.).

300 лет — введение в России Петром I звания зубной врач (1710 г.).

300 лет — впервые получено право иностранцам заниматься зубопротезированием в России (француз Франсуа Дюбрель, 1710 г.).

200 лет — принятие в России первой программы испытаний на звание (зубного лекаря (1810 г.).

125 лет — введение обязательного оспопрививания для детей

\*Составитель Н. П. Воскресенская — ст. науч. сотр. отдела истории медицины и здравоохранения Национального НИИ общественного здоровья РАМН (916-04-22).

при их поступлении в школу (1885 г.).

75 лет постановление XVI Всероссийского съезда Советов по докладу народного комиссара здравоохранения РСФСР Г. Н. Каминского "О работе и задачах в области народного здравоохранения РСФСР" (1935 г., 23 января).

75 лет — первый в стране официальный документ по организации рентгеновской службы — создание республиканских, областных и городских рентгеновских станций (Приказ Наркомздрава РСФСР № 85, 1935 г., 15 февраля).

75 лет — постановление Моссовета "Об оказании врачебной помощи на дому" (1935 г., 3 апреля).

75 лет — постановление Совета Народных Комиссаров СССР и ЦК ВКП(б) "О ликвидации детской беспризорности и безнадзорности" (1935 г., 31 мая).

75 лет — постановление Совнаркома СССР "О торговле медикаментами (1935 г., 2 июля).

75 лет — постановление Совета Народных Комиссаров СССР "О Всесоюзной государственной санитарной инспекции" (1935 г., 26 июля).

75 лет — проведение Советско-французской медицинской недели в Париже (участвовали Н. Н. Бурденко, А. Д. Сперанский, К. М. Быков и др., 1935 г.).

50 лет — постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР "О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР" (1960 г., 14 января).

#### Выход в свет трудов и основание журналов

300 лет — "Treatise concerning the principles of human knowledge" ("Трактат о началах человеческого знания", G. Berkeley, 1710 г.).

150 лет — "Антропологический принцип в философии" (Н. Г. Чернышевский, 1860 г.).

125 лет — "Курс военной гигиены: Т. 1—2." (А. П. Доброславин, 1885—1887 гг.).

125 лет — "Об организации первой помощи раненым": Дис. ... д-ра мед. — первая отечественная диссертация по организации и тактике медицинской службы (И. Д. Сарычев, 1885 г.).

125 лет — "Vital statistics" ("Демографическая статистика: Избр. тр.", W. Farr, 1885 г.).

100 лет — "Организация санитарной службы (мирного времени) в главнейших Европейских армиях": Дис. ... д-ра медицины (О. А. Байрашевский, 1910 г.).

100 лет — "О министерстве народного здравия" (Н. Ф. Гамалея, 1910 г.).

100 лет — "Санитарно-статистические таблицы. Сборник диаграмм с объяснительным текстом" (П. И. Куркин, 1910 г.).

75 лет — "Элементы построения теории медицины" (А. Д. Сперанский, 1935 г.).

75 лет "Soziologische Factoren in der Medizin" (Социальные факторы в медицине. Н. Е. Sigerist, 1935 г.).

150 лет — "Современная медицина" (Украина, Киев, 1860—1881 гг.).

125 лет — "Практическая медицина" (Петроград, Ленинград, 1885—1917 и 1923—1928 гг.).

125 лет — "New Zealand medical journal" (Новая Зеландия, 1885 г.).

125 лет — "Zdrowie publiczne" ("Общественное здоровье", Польша, Варшава, 1885 г.).

100 лет — "Indian medical journal" (Индия, Бомбей, 1910 г.).

#### Основание медицинских учреждений

1750 лет — первый лепрозорий в Армении (260—270 гг.).

1550 лет — первый лепрозорий во Франции (460 г.).

1400 лет — Иоаннитский госпиталь в Эфесе (610 г.).

1350 лет — основан Hôtel-Dieu de Paris — старейший госпиталь Франции (660 г.).

550 лет — Базельский университет (Швейцария, 1460 г.).

300 лет — учрежден гарнизонный госпиталь, который в 1717 г. был преобразован в Петербургский сухопутный госпиталь (Петербург, 1710 г.).

200 лет — начало работы Странноприимного дома графа Шереметева (ныне Московский городской научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, Москва, 1810 г.).

200 лет — Университет в Берлине (Германия, 1810 г.).

200 лет — первая в Германии поликлиника, рассчитанная в основном на широкие народные массы (основатель Ch. Hufeland, 1810 г.).

150 лет — школа медсестер в Лондоне, основанная Ф. Найтингейл (F. Nightingale, 1860 г.).

125 лет — самостоятельная кафедра истории и энциклопедии медицины на медицинском факультете Московского университета (Москва, 1885 г.).

125 лет — Императорский клинический институт для усовершенствования врачей (позже Ленинградский институт усовершенствования врачей, ныне Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, 1885 г.).

125 лет — первая в России лаборатория экспериментальной психологии (В. М. Бехтерев, 1885 г.).

125 лет — первый земский глазной стационар — глазное отделение при земской больнице в Перми (1885 г.).

125 лет — университет Аризоны в Туксоне (США, 1885 г.).

125 лет — Стенфордский университет в Калифорнии (США, 1885 г.).

100 лет — Высшие женские курсы в Харьковском женском медицинском институте (с 1910 г.).

75 лет — Всесоюзная государственная санитарная инспекция при Совете Народных Комиссаров СССР (1935 г.).

75 лет — Азербайджанский научно-исследовательский институт курортологии и физических методов лечения им. С. М. Кирова МЗ Азербайджанской ССР (Баку, 1935 г.).

75 лет — институты усовершенствования врачей в Тбилиси и Баку (1935 г.).

75 лет — Волгоградский медицинский институт (ныне Волгоградский медицинский университет, 1935 г.).

75 лет — Курский медицинский институт (ныне Курский медицинский университет, 1935 г.).

75 лет — Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца (Москва, 1935 г.).

75 лет — Новосибирский медицинский институт (ныне Новосибирская медицинская академия, 1935 г.).

50 лет — Автономный университет в Гвадалахаре (Мексика, 1935 г.).

75 лет — Панамский университет (Панама, 1935 г.).

50 лет — Университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы (ныне Российский университет дружбы народов, Москва, 1960 г.).

<sup>1</sup>Отмечаются только университеты с медицинскими факультетами

## Хроника

© Е. В. ШЕРСТНЕВА, И. В. ЕГОРЫШЕВА, 2010

УДК 614.2:061.3(100) «2009»

*Е. В. Шерстнева, И. В. Егорышева*

### МЕЖДУНАРОДНЫЙ СИМПОЗИУМ "РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ: ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ"

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН

**Е. В. Шерстнева** — ст. науч. сотр. (917-89-39); **И. В. Егорышева** — канд. ист. наук, вед. науч. сотр. (918-89-39).

17 ноября 2009 г. в Национальном НИИ общественного здоровья РАМН состоялся Международный симпозиум "Роль медицинской общественности в здравоохранении России: история и современность". Проведение историко-медицинских симпозиумов в институте стало традицией: в течение последних лет состоялось 12 подобных мероприятий, посвященных истории государственной, земской, городской, страховой медицины,

здравоохранению в годы Великой Отечественной войны и др. Центральной проблемой состоявшегося симпозиума — 13-го по счету — стала история медицинской общественности России, ее роль в развитии медицины и здравоохранения. Об актуальности данной проблемы свидетельствует большая заинтересованность историков медицины: на симпозиум было представлено более 80 докладов и сообщений.

На симпозиум прислали свои работы и приняли в нем участие специалисты из многих регионов Российской Федерации (Центральный регион, Поволжье, Урал, Сибирь, дальний Восток, Башкирия, Северная Осетия, Дагестан, Якутия), а также из Белоруссии, Украины, Киргизии, Латвии, Грузии.

Симпозиум открыл заместитель директора института по научной работе проф. А. Л. Линденбратен, подчеркнувший актуальность проводимого институтом мероприятия. На убедительных примерах он показал, как разработка специалистами вопросов истории медицины и здравоохранения перекликается с современными проблемами и способствует их решению.

В программу симпозиума было включено более 30 докладов. В них нашли отражение различные аспекты истории медицинской общественности в России. С обобщающим докладом, отразившим основные этапы истории российских общественных медицинских организаций и их вклад в развитие отечественной медицины, выступил заведующий отделом истории медицины и здравоохранения института проф. М. Б. Мирский. Большой интерес у участников симпозиума вызвали доклады сотрудников руководимого проф. М. Б. Мирским отдела: И. В. Егорышевой, Е. В. Шерстневой, С. Г. Гончаровой, Н. Н. Блохиной. Сотрудники отдела во главе с его руководителем в последние годы занимаются изучением истории медицинской общественности в России в XIX—начале XX веков. В прозвучавших докладах нашли отражение некоторые результаты этой работы: вклад медицинской общественности в развитие принципов отечественного здравоохранения, организацию науки и развитие ряда проблем медицинской науки и практики, медико-социальные аспекты деятельности общественных организаций в экстремальных условиях военных лет, история отдельных медицинских обществ дореволюционной России и их вклад в развитие отечественной медицины.

Доклад акад. РАМН Ю. П. Лисицына "Медицинская общественность и здравоохранение: современный взгляд" был посвящен формам деятельности медицинской общественности в современных условиях, их специфике и перспективам развития. Большой интерес вызвало также сообщение акад. РАМН Ю. П. Лисицына (в соавторстве с Т. В. Журавлевой, Т. Е. Введенской, А. М. Анохиным), посвященное деятельности Всемирной организации здравоохранения как социального института.

Большая часть докладов и сообщений участников симпозиума были посвящены наиболее актуальным направлениям деятельности медицинской общественности (санитарно-профилактическая, научная, медико-социальная и т. д.) в различных городах и регионах Российской Империи — в столицах (С. А. Кабанова, М. Ш. Хубутя, П. М. Богопольский; С. П. Глянцев; А. А. Будко, Д. А. Журавлев; Г. Л. Микиртичан) и в провинции: в городах Центральной России (В. М. Остапенко, Е. Л. Коноплева; Н. Т. Ерегина), в Поволжье (А. И. Завьялов, И. Н. Луцевич, И. В. Мясникова), западных (Е. М. Тищенко; А. Виксна, М. Иванов; Р. Гравере, Ю. Салакс), украинских (С. П. Рудая; К. К. Васильев), сибирских (А. А. Власов; В. П. Николаев), северокавказских (З. И. Яхьяева, Х. М. Батаев) и других. На симпозиуме были представлены и нашли отражение специфические черты развития медицинских общественных объединений в Сибири и на Дальнем Востоке (А. А. Власов, В. П. Николаев и П. Э. Ратманов), что является на сегодняш-

ний день слабоизученной проблемой.

Большое внимание участников симпозиума привлек доклад доктора мед. наук С. А. Кабановой об участии медицинской общественности в становлении службы скорой помощи в Москве и создании Института скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. Заинтересованность слушателей вызвало сообщение проф. Г. Л. Микиртичан о вкладе медицинских общественных и благотворительных организаций в изучение проблемы детского алкоголизма и борьбу с ним. В материалах симпозиума нашла отражение важная для дореволюционной России проблема — развитие высшего женского образования и серьезный вклад в ее решение медицинской общественности (проф. Л. Е. Горелова).

Как показал симпозиум, историков медицины интересует научная сторона деятельности медицинских обществ России. Значительная часть докладов и публикаций была посвящена определенным аспектам деятельности специализированных медицинских обществ. В докладах и сообщениях участников симпозиума получила отражение роль медицинской общественности в развитии таких отраслей медицинской науки, как эпидемиология (Е. Н. Беляев, Л. Г. Подунова, Д. Н. Цовян), фтизиатрия (Л. П. Капков), анестезиология (Е. В. Шерстнева), педиатрия (А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, С. А. Шер), терапия (В. И. Бородулин), венерология и дерматология (А. И. Завьялов, И. А. Якупов, В. Ф. Оркин), фармация (С. С. Кривобокова, М. С. Сергеева), стоматология (Ю. А. Мушинская, А. С. Фукс) и др.

Серия сообщений была посвящена деятельности выдающихся общественных деятелей России: Н. И. Пирогова, П. И. Куркина, И. И. Моллесона, Н. Е. Мамонова, А. А. Чертова, Ю. А. Космовского, С. А. Пулькиса и др. (А. А. Будко, Г. А. Грибовская, И. В. Егорышева, Н. П. Воскресенская, О. И. Чеченкина, Г. В. Федорова, А. М. Вязьмин, А. В. Андреева, А. И. Завьялов, И. Н. Луцевич, И. В. Мясникова и др.).

Ряд докладов и сообщений участников симпозиума затрагивал актуальные проблемы современного здравоохранения, в частности роль медицинской общественности в формировании действенной структуры управления человеческими ресурсами в здравоохранении (Т. И. Расторгуева), в организации профилактической работы среди сельского населения (Р. В. Коротких, В. В. Растегаев, И. Н. Растегаев), в реализации программы профилактики цереброваскулярной патологии (И. Ю. Семенова, В. Ю. Пуршев), в возрождении социально-правовой службы в системе охраны материнства и детства (Л. П. Чичерин), в организации динамического наблюдения в профилактической медицине (Е. П. Петручук, С. О. Соловова, Ф. А. Давлетшин) и др. Актуальной проблемой современности является участие профессиональных медицинских организаций в обеспечении прав пациентов (Е. П. Жилиева).

Материалы симпозиума изданы в виде тематического сборника "Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН". Примечательно, что авторы публикаций единодушны в признании выдающейся роли медицинской общественности как в развитии здравоохранения и медицинской науки в дореволюционной России, так и в решении ряда стратегических проблем медицины в современных условиях реформирования здравоохранения.

*Исполнилось 60 лет академику РАМН, доктору медицинских наук,  
профессору, директору Центрального НИИ  
организации и информатизации здравоохранения  
Владимиру Ивановичу Стародубову.*

*Редколлегия журнала поздравляет юбиляра и желает ему здоровья  
и дальнейших творческих успехов  
в решении задач отечественного здравоохранения.*

## К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

### При направлении статьи в редакцию просим соблюдать следующие правила:

1. Статья представляется в 2 экземплярах.
2. На 1-й странице указываются инициалы и фамилия автора, его должность, ученая степень и звание, название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор; на последней должны стоять личные подписи всех авторов статьи, что дает право издательству на ее публикацию и размещение в Интернете.
3. На отдельной странице авторы оригинальных статей должны дать о себе краткую информацию: фамилия, имя, отчество, ученая степень, звание, почтовый и электронный адрес, телефон, дату и тематику защищенных диссертаций, место работы и должность на момент высылки статьи, сферу научных интересов, автором какого числа научных работ и изобретений является.
4. Объем статьи не должен превышать 10 страниц машинописного текста стандартной распечатки (30 строк по 60 знаков), ширина полей слева — 4 см.
5. Структура оригинальных статей, содержащих материалы медико-социологических исследований, предусматривает разделы: введение, материалы и методы, результаты, обсуждение и краткое заключение.
6. Объем графического материала минимальный (не более 3 рисунков). Фотографии должны быть контрастными, рисунки четкими, текстовые надписи на них предельно лаконичными. Подписанные подписи прилагаются на отдельном листе в порядке нумерации рисунков. Порядковый номер рисунка, фамилия автора, название статьи должны быть указаны на обороте каждого рисунка карандашом.
7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.
8. Место, где в тексте дается ссылка на рисунок или таблицу, следует обозначить на полях рукописи квадратом, в котором указать порядковый номер этого рисунка или таблицы.
9. Все математические формулы должны быть выверены. В них необходимо разметить:
  - а) строчные и прописные буквы (строчные — двумя черточками сверху, а прописные — двумя снизу);
  - б) латинские и греческие буквы (латинские подчеркиваются синим карандашом, греческие обводятся красным);
  - в) подстрочные и надстрочные буквы и цифры.
10. К статье прилагается резюме на русском языке (для перевода на английский язык) объемом не более 0,5 страницы машинописного текста с ключевыми словами.
11. Цитаты, приводимые в статье, заверяются подписью автора на полях рукописи. В сноске указывается источник цитаты (название, издание, год, выпуск, страница).
12. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, в котором перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы.
13. В списке литературы указываются:
  - а) для книг — фамилия и инициалы автора, полное название работы, место и год издания, страницы "от" и "до";
  - б) для журнальных статей — фамилия и инициалы автора, название журнала, год, номер, страницы "от" и "до";
  - в) для диссертации — фамилия и инициалы автора, докторская или кандидатская, полное название работы, год, место издания.
14. Редакция оставляет за собой право редактирования и сокращения текста.
15. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается. Плата за публикацию с аспирантов не взимается.

---

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

*Быков А. Т.* (Сочи), *Быков Ю. Г.* (Москва), *Вардосанидзе С. Л.* (Ставрополь), *Васильева Т. П.* (Иваново), *Введенская И. И.* (Нижний Новгород), *Вишняков Н. И.* (Санкт-Петербург), *Галкин Р. А.* (Самара), *Герасименко Н. Ф.* (Москва), *Гриненко А. Я.* (Санкт-Петербург), *Колинько А. А.* (Вологда), *Коростелев Н. Б.* (Москва), *Красненков В. Л.* (Тверь), *Лешкевич И. А.* (Москва), *Лучкевич В. С.* (Санкт-Петербург), *Мезенцев Е. В.* (Воронеж), *Мельникова Л. С.* (Москва), *Низамов И. Г.* (Казань), *Царик Г. Н.* (Кемерово)

---

### Почтовый адрес

105064, Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12  
Телефон 916-29-60

Зав. редакцией *Щеглова Татьяна Даниловна*

---

#### **ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ**

Тел/факс (499) 245-33-55

**Ответственность  
за достоверность информации,  
содержащейся в рекламных  
материалах, несут  
рекламодатели.**

Редактор *З. И. Литвиненко*

Художественный редактор  
*Н. И. Корунова*

Корректор *Л. В. Егорова*

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

Слано в набор 12.04.10. Подписано в печать 24.06.2010. Формат 60×88<sup>1</sup>/<sub>8</sub>.

Печать офсетная. Печ. л. 8,00. Усл. печ. л. 7,84.

Уч. изд. л. 9,19.

Заказ 389.

ОАО «Издательство "Медицина"»

E-mail: meditsina@mtu-net.ru

WWW страница: www.medlit.ru

Подписной тираж номера 354 экз.

ЛР № 010215 от 29.04.97.

Типография: ООО "Подольская Периодика"  
142110, г. Подольск, ул. Кирова, 15



**Уважаемые читатели!**

Приглашаем Вас посетить сайт  
ОАО «Издательство "Медицина"»  
в Интернете

Наш адрес:

**[www.medlit.ru](http://www.medlit.ru)**

Информация для авторов  
**ТРЕБОВАНИЯ К РИСУНКАМ,**  
**представленным на магнитных носителях**

*Черно-белые штриховые рисунки:*

- формат файла — **TIFF** (расширение \*.tif), любая программа, поддерживающая этот формат (Adobe PhotoShop, CorelDRAW, Adobe Illustrator и т. п.);
- режим — **bitmap** (битовая карта);
- разрешение — **600 dpi** (пиксели на дюйм);
- серые и черные заливки должны быть заменены на косую, перекрестную или иную штриховку;
- рисунок должен быть **обрезан** по краям изображения и **очищен** от "пыли" и "царапин";
- ширина рисунка — **не более 180 мм**, желательно не использовать ширину от 87 до 150 мм;
- высота рисунка — не более 230 мм (с учетом запаса на подрисовочную подпись);
- размер шрифта подписей на рисунке — **не менее 7 pt** (7 пунктов);
- возможно использование сжатия LZW или другого;

- носители — floppy 3.5" (1,44 MB), Zip 100 MB, CD-ROM, CD-R, CD-RW;
- обязательно наличие распечатки.

*Цветные изображения, фотографии и рисунки с серыми элементами:*

- платформа (компьютер) — IBM PC или совместимый;
- формат файла рисунка — TIFF (расширение \*.tif);
- программа, в которой выполнена публикация, — PageMaker 6.5; CorelDRAW 7 и 8;
- цветовая модель — CMYK;
- разрешение — не более 300 dpi (пиксели на дюйм) или 119,975 пикселя на 1 см;
- рисунок должен быть связан с публикацией;
- возможно использование сжатия LZW;
- не использовать цвета PANTONE;
- носители — Zip 100 MB; компакт-диск CD-ROM.