

# ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

6

2010

НОЯБРЬ—ДЕКАБРЬ

**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., **ПЕРХОВ В. И.** —  
доктор мед. наук, **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.



**Здоровье и общество**

- Какорина Е. П., Белов В. Б., Чемякина С. Н., Ефимов Д. М.* К 10-летию внедрения Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра (МКБ-10) в здравоохранение Российской Федерации . . . . . 3
- Медик В. А., Осипов А. М.* Социальная статистика в изучении общественного здоровья . . . . . 7
- Лисицын В. И.* Анализ смертности по персонализированной базе умершего населения . . . . . 11
- Филькина О. М., Витрук Е. Л., Долотова Н. В., Пыхтина Л. А., Воробьева Е. А., Кочерова О. Ю., Шанина Т. Г.* Состояние здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, как фактор отказа от приема в замещающую семью . . . . . 14
- Ляпунова Е. В., Попова И. В., Токарев А. Н., Беляков В. А.* Предикторы развития бронхиальной астмы у детей . . . . . 17
- Демина М. А., Тюков Ю. А.* Основные современные тенденции распространения инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем . . . . . 19
- Кустов И. Н.* Мотивация обращения пациентов за ортопедической стоматологической помощью в негосударственные стоматологические организации . . . . . 22

**Реформы здравоохранения**

- Гусева Н. К., Соколов В. А.* Медико-социальная экспертиза в социальной защите инвалидов . . . . . 24
- Пахомов И. А.* Современные особенности организации специализированной подиатрической помощи . . . . . 27

**Образование и кадры**

- Каспрук Л. И.* Подготовка сестринского персонала в системе первичной медико-санитарной помощи в Оренбургской области . . . . . 31

**Из опыта организатора здравоохранения**

- Белостоцкий А. В.* Опыт становления центра высокотехнологичной медицинской помощи . . . . . 34

**История медицины**

- Сточик А. М., Затравкин С. Н.* Научные революции в медицине XVII—XIX веков: опровержение галенизма и возникновение естественнонаучных основ медицины. Сообщение 2. Возникновение представлений об обмене веществ и клетке как элементарной единице жизни . . . . . 37

- Мирский М. Б., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В., Блохина Н. Н., Гончарова С. Г., Воскресенская Н. П.* Роль медицинской общественности в отечественной медицине . . . . . 42

- Сорокина Т. С.* Николай Иванович Пирогов в британской историко-медицинской литературе (к 200-летию со дня рождения) . . . . . 45

- Кнопов М. Ш., Тарануха В. К.* Видный ученый и талантливый нейрохирург А. П. Ромоданов (к 90-летию со дня рождения) . . . . . 46

- Якупов И. А., Завьялов А. И.* Профессор П. С. Григорьев и его роль в развитии дерматовенерологической науки и практики . . . . . 48

- Вязьмин А. М., Санников А. Л., Варакина Ж. Л.* Общественное здоровье Архангельской губернии на рубеже XIX—XX веков . . . . . 51

- Яхьяева З. И., Батаев Х. М.* Охрана здоровья женщин в Чечено-Ингушетии в годы Великой Отечественной войны . . . . . 54

- Тюков Ю. А., Тарасова И. С.* Исторические аспекты развития здравоохранения на Южном Урале . . . . . 56

- Знаменательные и юбилейные даты истории здравоохранения и медицины 2010 года . . . . . 58

- Указатель статей, опубликованных в журнале "Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины" в 2010 году . . . . . 62

**Health and society**

- Kakorina E.P., Belov V.B., Chemiakina D.N., Efimov D.M.* To the tenth anniversary of implementation of the international statistical classification of diseases (ICD-10) and into public health of the Russian Federation . . . . . 3

- Medik V.A., Osipov A.M.* The social statistics in the public health study . . . . . 7

- Lisitsyn U.I.* The analysis of mortality according the personalized data base of deceased population . . . . . 11

- Filkina O.M., Vitruk E.L., Dolotova N.V., Pihina L.A., Vorobieva E.A., Kocherova O.U., Shanina T.G.* The health conditions of children being left of parental custody as factor of refusal of admission into the surrogate family . . . . . 14

- Liapunova E.V., Popova I.V., Tokarev A.N., Beliakov V.A.* The predictors of development of bronchial asthma in children . . . . . 17

- Demina M.A., Tukov U.A.* The main actual trends in propagation of the sexually transmitted communicable diseases . . . . . 19

- Kustov I.N.* The motivation of patients to visit private stomatology institutions for the orthopedic stomatological care . . . . . 22

**Health care reforms**

- Guseva N.K., Sokolov V.A.* The medical social expertise and its role in the social protection of disabled patients . . . . . 24

- Pahomov I.A.* The organization of specialized care in case of pathology of foot and talocrural articulation . . . . . 27

**Education and manpower**

- Kaspruk L.I.* The training of paramedical personnel of primary medical sanitary care system in Orenburgskaya oblast . . . . . 31

**Public health professional experience**

- Belostotsky A.V.* The experience of development of hi-tech medical care center . . . . . 34

**History of medicine**

- Stochik A.M., Zatravkin S.N.* The scientific revolutions in medicine (XVII—first half of XIX centuries). Report II: The origins of conceptions about metabolism and cell as an elemental unit of life . . . . . 37

- Mirsky M.B., Egorysheva I.V., Scherstneva E.V., Blokhina N.N., Goncharova S.G., Voskresenskaya N.P.* The role of medical community in Russian national medicine . . . . . 42

- Sorokina T.S.* Nikolai Ivanovich Pirogov in british historical and medical literature . . . . . 45

- Knopov M.S., Taranukha V.K.* Prominent and talented neurosurgeon: to the nineteenth anniversary of academician A.P. Romadonov . . . . . 46

- Yakupov I.A., Zavialov A.I.* Professor P.S. Grigoriev and his role in the development of dermatovenerologic science and practice . . . . . 48

- Viazmin A.M., Sannikov A.L., Varakina J.L.* The public health in Arkhangelskaya gubernia in late XIX — early XX centuries . . . . . 51

- Yahyayeva Z.I., Batayev Y.M.* The health care of women in Checheno-Ingushetiya during the Great patriotic war . . . . . 54

- Tukov U.A., Tarasova I.S.* The historical aspects of public health system development in the South Ural region . . . . . 56

- The remarkable and jubilee dates in history of public health and medicine in 2009 . . . . . 58

- Index of articles published in the journal "The problems of social hygiene, public health and history of medicine" in 2010 . . . . . 62

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

Е. П. Какорина, В. Б. Белов, С. Н. Чемякина, Д. М. Ефимов

## К 10-ЛЕТИЮ ВНЕДРЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ, ДЕСЯТОГО ПЕРЕСМОТРА (МКБ-10) В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН

*Десятилетний опыт применения Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра (МКБ-10) в России подтвердил ее значимость для здравоохранения страны как удобного инструмента для статистического анализа. Однако необходимо принятие определенных мер для более эффективного использования возможностей этого современного статистического инструментария.*

Ключевые слова: статистический анализ, здравоохранение, кодирование диагноза

### TO THE TENTH ANNIVERSARY OF IMPLEMENTATION OF THE INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES (ICD-10) AND INTO PUBLIC HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION

E.P. Kakorina, V.B. Belov, D.N. Chemiakina, D.M. Efimov

*The ten-year experience of implementation of international statistical classification of diseases (ICD-10) in Russia confirmed its significance for national public health as a convenient tool for statistical analysis. However, the application of certain measures is needed to use this modern statistical instrument in a more effective way.*

Key words: statistical analysis, public health, diagnosis coding

Указом Президента Российской Федерации и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (от 12.01.98 № 3) с 1999 г. был осуществлен переход органов и учреждений здравоохранения Российской Федерации на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра (МКБ-10).

В отечественной статистике кодирование диагнозов в соответствии с международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти осуществляется с 1965 г. согласно номенклатуре, основанной на МКБ-7. Далее в российском здравоохранении использовались классификации МКБ-8 и МКБ-9.

Международная конференция по пересмотру МКБ-9, проходившая в 1975 г. в Женеве, сделала попытку достичь единообразия в статистике заболеваемости населения, тогда как в разработке первых медицинских статистических классификаций основное внимание уделялось статистике смертности, начиная с формализованного в 1893 г. Ж. Бертильоном Международного перечня причин смерти.

Десятый пересмотр МКБ, внедрение которого в мире началось в 1993 г., систематизировал не только отклонения в здоровье, но и классифицировал факторы, влияющие на состояние здоровья населения и его обращаемость в учреждения здравоохранения. Добавленный класс XXI дает возмож-

ность учесть и классифицировать факторы, влияющие на здоровье и побуждающие человека, который не обязательно является больным, обращаться в учреждение здравоохранения (например, для профилактической вакцинации или обследования, получения совета по имеющейся проблеме, влияющей на здоровье, и т. д.).

Были расширены рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), касающиеся внешних причин заболеваемости и смертности, а также международных правил в области формирования статистики смертности и заболеваемости населения.

Следствием этих нововведений явилось изменение названия нового документа, который теперь называется "Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем".

Классификация переведена на 42 языка и в неизменном виде применяется в 110 странах мира, а в 25 странах (Франция, Швеция, Германия и др.) внесены дополнения для использования в целях распределения ресурсов и финансирования здравоохранения.

От Классификации "отпочковались" варианты МКБ, адаптированные к использованию специалистами в некоторых областях медицины: онкологии, стоматологии, психических расстройств, нервных болезней, ревматологии и ортопедии, дерматологии, педиатрии и др., а также Классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья и Классификация процедур, применяемых в медицине, т. е. образовалась "семья" классификаций.

МКБ-10 значительно превысила по объему предыдущий пересмотр МКБ-9, где использовались

Е. П. Какорина — д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр., e.kakorina@minregion.ru; В. Б. Белов — канд. мед. наук, зав. отд., vitalybb@mail.ru; С. Н. Чемякина — канд. биол. наук, ст. науч. сотр., jemma@niph.ru; Д. М. Ефимов — науч. сотр., kakorina@niph.ru

только цифровые коды (001—999), тогда как в МКБ-10 принята буквенно-цифровая схема кодирования, основанная на кодах с одной буквой, за которой на трехзначном уровне следуют две цифры (A00—Z99). Это значительно расширило число категорий, используемых для классификации, а именно с 900 до 2400 рубрик. При использовании алфавитного перечня это число увеличивается до 60 тыс. диагнозов. Имеется и вакантная рубрика, обозначенная буквой "U".

Вместе с тем в МКБ-10 исчезли такие распространенные в нашей медицине диагнозы, как вегетососудистая дистония и дисбактериоз, уточнение и постановка которых требуют более глубоких исследований. В мировой практике "дисбактериоз кишечника" не является клиническим диагнозом. Наиболее частыми заболеваниями, встречающимися у больных, которым ошибочно выставляется диагноз дисбактериоза, являются синдром раздраженного кишечника, антибиотикоассоциированная диарея (в частности, псевдомембранозный колит, обусловленный *Klostridium difficile*), синдром избыточного роста бактерий (у больных с опухолями тонкой кишки, спаечными процессами в брюшной полости, болезнью Крона, системной склеродермией, сахарным диабетом, после перенесенной ваготомии). Таким образом, если в статистическом документе записан диагноз дисбактериоза, он должен быть расценен как неуточненный, предварительный и не может быть закодирован иначе как R19.8 "Другие уточненные симптомы и признаки, относящиеся к системе пищеварения и брюшной полости". Возможно также использовать коды K58.-, K91.8-. Что касается вегетососудистой дистонии, то если диагноз поставлен без консультации психиатра или психоневролога, ставится код R45.8.

О том, что в практике отечественной медицины сохраняются и продолжают применяться практическими врачами диагностические термины, не имеющие аналогов в МКБ-10, сообщают также В. Н. Сороцкая и Д. Ш. Вайсман [7], отмечая, что некоторые формулировки не соответствуют современным классификациям отдельных заболеваний, другие давно устарели и не должны использоваться во врачебной практике. В настоящее время в отечественной медицине используется значительное число диагностических терминов, не имеющих четких терминологических аналогов в МКБ-10, что приводит к их произвольному кодированию на территории страны. Часть этих терминов соответствует современным отечественным клиническим классификациям, другие представляют собой устаревшие термины, которые, однако, еще достаточно широко используются в нашей стране.

Следует отметить, что в книге "МКБ-10 в практике здравоохранения" [8] приведен перечень кодов к некоторым диагностическим терминам, используемым в отечественной практике и не представленным в МКБ-10. Перечень содержит более 40 диагнозов.

По данным Э. И. Погореловой [4] при проведении экспертной оценки медицинских свидетельств о перинатальной смерти мертворожденных установлено, что, например, при заполнении медицинских свидетельств о перинатальной смерти в Тульской области обнаружены ошибки в 19% случаев, в Ставропольском крае — в 40,5%.

Ошибки из-за недостатков управления органа-

ми и учреждениями здравоохранения по вопросам учета смертности населения составили 18%. К таким недостаткам относятся отсутствие инструктивных и методических рекомендаций по заполнению медицинских свидетельств о рождении и смерти, по использованию МКБ-10 и недооценка показателей смертности.

Дефекты в организации процесса сбора, обработки и представления данных о смертности составляют 17%. Это неудовлетворительный контроль за ведением медицинской документации и за правильностью заполнения учетных документов, удостоверяющих факт смерти, отсутствие обучающих семинаров и программных средств [4].

До сих пор не все врачи знают, как правильно пользоваться МКБ, как правильно формулировать диагноз, как его переводить в статистический код, как правильно выбирать первоначальную причину в случае смерти больного. Многие врачи не знакомы с инструкциями по кодированию заболеваемости и смертности, содержащимися во втором томе МКБ-10 [7].

Значительные трудности до сегодняшнего дня наблюдаются во многих стационарах Москвы. По данным О. В. Зайратьянца [1], диагнозы пишутся абсолютно неграмотно, это фактически сокращенный эпикриз — где основное заболевание, где осложнение, логика иногда просто отсутствует. Нелучайно все наши специалисты начиная с И. В. Давыдовского и известнейшие терапевты начиная с Е. И. Тареева считали, что диагноз — это зеркало опыта и качества работы клинициста.

Большие трудности в статистике смертности представляет выбор диагноза, послужившего основной причиной смерти, поскольку почти в 40% случаев основная причина смерти представлена комбинированным диагнозом, а государственная статистика предусматривает выбор для статистических разработок лишь одной из указанных в комбинированном основном заболевании нозологических единиц.

Вместе с тем часто целый "букет" неучтенных болезней, являющихся причиной конкретного случая смерти, создает неверную картину "значимости" в смертности населения ряда распространенных заболеваний, таких, как сахарный диабет, гипертоническая болезнь, некоторые легочные заболевания и др.

Например, гипертоническая болезнь в 95% случаев не учитывается в статистике смертности, поскольку регистрируется в медицинских свидетельствах как фоновое заболевание при цереброваскулярных болезнях и ишемических болезнях сердца. Хроническая обструктивная болезнь легких как сочетанное или фоновое состояние не учитывается в статистике смертности в 30,3% случаев. Пневмония, часто являющаяся смертельным осложнением основной причины смерти, "теряется" для статистического учета в 18% случаев. Также происходит неполный учет значимости в смертности населения ряда заболеваний алкогольной этиологии, нередко фигурирующих в свидетельствах о смерти как сопутствующие или фоновые патологические состояния.

Патологоанатом О. В. Зайратьянц [1] также отмечает, что не решена проблема правильного оформления и шифровки причины смерти. МКБ-10 предлагает как минимум двухфакторный

анализ смертности, а у нас зачастую анализируется только одна причина смерти.

Такая неполная ("ущербная") статистическая информация о значимости целого ряда нозологий в смертности населения затрудняет использование статистических данных в медицинской практике, прежде всего при оценке действенности различных программ в области здравоохранения. Сегодня все чаще звучат предложения о необходимости учета множественных причин болезни и смерти.

Особенно показателен статистический недоучет значимости сахарного диабета в смертности населения, поскольку почти в 77% случаев он входит в комбинированный диагноз основной причины смерти в качестве фонового заболевания и статистически не учитывается.

Наиболее частыми примерами фоновых заболеваний являются варианты гипертонической болезни и сахарного диабета для болезней из блоков рубрик "Цереброваскулярные болезни" и "Ишемические болезни сердца". Кроме того, поскольку сахарный диабет приводит к вторичному иммунному дефициту, он становится фоновым для болезней этиологическим фактором которых является инфекция (туберкулез, пиелонефрит и пр.).

При заполнении медицинского свидетельства о смерти сахарный диабет или указывается как основная причина смерти и соответственно попадает в государственную статистику, или расценивается как фоновое заболевание и соответственно не отражается в официальной статистике, что наблюдается значительно чаще (в 4 раза).

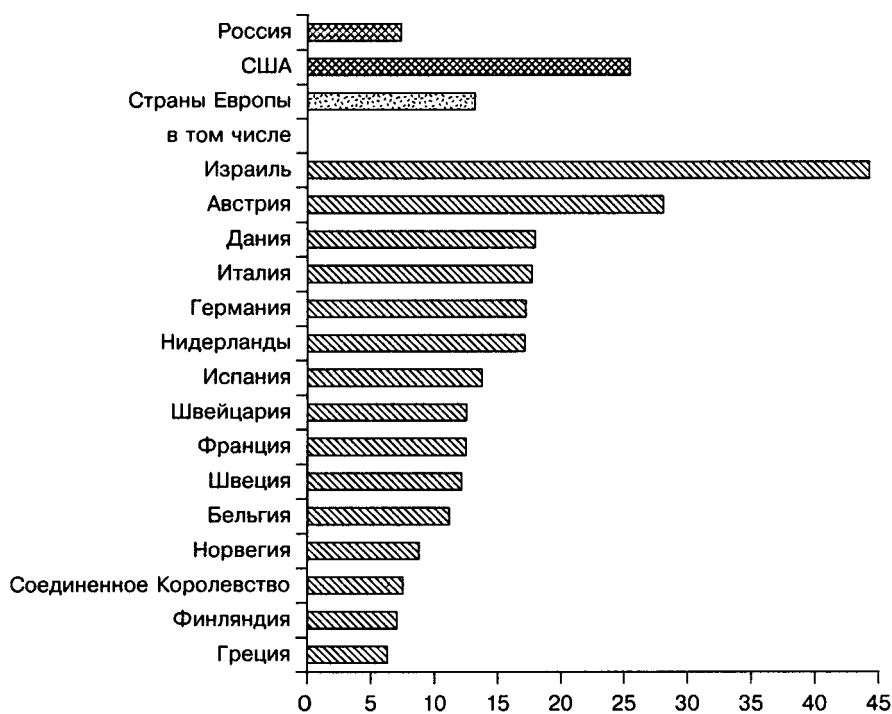
Отечественные патологоанатомы расценивают сахарный диабет как основную причину смерти в тех случаях, когда больной погибает от таких причин, как диабетическая кома, диабетическая гангрена конечностей, диабетическое поражение почек.

Вместе с тем зарубежная статистика показывает иную картину смертности от диабета (см. рисунок).

Как основная причина смерти в процентах к итогу сахарный диабет в государствах—членах ВОЗ составляет 2%, в Европе — 1,5%, в России — 0,5%. При этом статистические показатели заболеваемости диабетом увеличиваются. Согласно данным доктора Лорэйн Липсомб (Lorraine Lipscombe) из Института клинических оценок, Торонто (Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto, Canada), в Онтарио в 2005 г. распространение сахарного диабета успело опровергнуть допустимые прогнозы глобального роста заболеваемости, сделанные ВОЗ.

Число заболевших диабетом непрерывно возрастает в течение последних 20 лет, что превращает диабет в одну из наиболее распространенных болезней современности. По прогнозам ВОЗ, к 2030 г. 6,4% взрослого населения планеты будет страдать диабетом. При этом рост в процентном отношении будет составлять до 60%, если взять период с 1995 по 2030 г.

Именно с качеством кодирования болезней и



Смертность от сахарного диабета в ряде стран мира (на 100 000 населения).

количеством диагнозов (устанавливаемых врачом) можно связать понятие квалификации и качества медицинской помощи, учитывая современное развитие медицинской науки. Успешное применение МКБ-10 служит одним из критериев качества медицинской помощи.

Е. М. Секриеру [6] считает, что в настоящее время еще недостаточно используются возможности современного статистического инструментария МКБ-10 для ликвидации информационных пробелов.

Изучение эффективности использования классификации врачами Омской и Челябинской областей, проведенное С. Н. Мальцевым [2], показало, что свободно используют диагнозы МКБ-10 только 8,5% хирургов (причем только 12,1% из них имеют книги по МКБ-10), 7,3% терапевтов (книги имеют лишь 6,8%), 7,2% педиатров (книги имеют 10,1%), 27% патологоанатомов (книги имеют 44%). Свыше 30% клиницистов используют не более 5 классов диагнозов, 50% — до 10 классов, всеми классами болезней пользуется только 10% врачей, среди патологоанатомов 27%.

О. В. Зайратьянц [1] высказывает критические замечания к классу болезней системы кровообращения (Класс IX МКБ-10), в котором, помимо заболеваний сердца и болезней головного мозга, имеется ряд других диагнозов, требующих отдельного анализа. В медицинских свидетельствах о смерти в Москве первое место (17%) занимает кардиосклероз атеросклеротический или атеросклеротическая болезнь сердца. При этом практически нет записей о причинах смерти, которые входят в группу острого коронарного синдрома. Острую коронарную смерть — нозологию МКБ-10 — редко можно увидеть в статистике, и отсюда при всех признаках острой смерти, при острой сердечно-сосудистой недостаточности в медицинское свидетельство о смерти попадает диагноз атеросклеротического кардиосклероза, который на треть, по

предварительным патолого-анатомическим оценкам, надо исключать.

Что касается специализированных вариантов, составляющих "семью" классификаций, например МКБ-Стоматологии (МКБ-10С), то результаты исследования Е. А. Рогачковой [5], проведенного на основе анкетирования 273 врачей-стоматологов (6% от их общей численности) в 67 субъектах Российской Федерации, экспертизы медицинской документации также показали, что по прошествии уже более 10 лет врачи до сих пор недостаточно используют МКБ-10, а иногда даже ставят диагнозы, которых нет в МКБ-10. При этом часть респондентов (от 11,1 до 25%) считают классификацию очень удобной в практическом применении. В областных, районных и городских стоматологических поликлиниках специалисты считают классификацию в большей степени не приближенной к клинической практике (4,5—14%), чем удобной для практического применения (4%). МКБ-10С больше применяют в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения, где респонденты считают ее статистическим инструментом.

Е. В. Огрызко и соавт. [3] было изучено использование в медицинской статистике кодов Класа ХХI МКБ-10 "Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения", представленных в статистических формах № 12 и 30 по регионам Российской Федерации. По полученным данным, в 2006 г. в целом по стране число обращений в учреждения здравоохранения по поводу факторов, влияющих на состояние здоровья всего населения, составило 1923,9 обращения на 1000 населения.

Однако анализ годовых отчетов по формам Государственного статистического наблюдения (ГСН) № 12 и 30 показал, что существуют проблемы правильной статистической регистрации и достоверности статистической информации об обращениях здоровых пациентов в лечебные учреждения и об их посещениях.

Суть этих проблем, по мнению авторов, заключается в низком формировании такого рода информации, в недостаточной готовности врачей работать грамотно с классом ХХI МКБ-10 и в отсутствии должного внимания со стороны фондов ОМС к стимулированию профилактического направления в медицине, что ведет к неполной статистической регистрации обращений здоровых пациентов в учреждения здравоохранения.

Основной причиной инертности врачей в отношении более широкого использования МКБ-10 является их клиническая неподготовленность. Имеющихся методических материалов явно недостаточно. В учебной литературе высшей школы, даже вышедшей в свет после издания приказа Минздрава России от 12.01.98 № 3, которым этот международный нормативный документ был введен в практику здравоохранения страны, классификация болезней разбирается крайне редко, хотя еще в 2002 г. было издано учебное пособие "Правила заполнения статистических учетных документов, используемых в клинической практике, в соответствии с требованиями Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10)", предназначенное для высших учебных заведений.

Кроме того, в настоящее время отсутствует еди-

ная система обучения: в Российской Федерации нет ни одного центра подготовки специалистов по МКБ-10, как нет и самих специалистов. В то же время ошибки кодирования и выбора первоначальной причины смерти в статистике смертности достигают 40—60%. Руководители медицинских организаций практически не заинтересованы в таком обучении врачей [7]. Исследование практики применения МКБ-10 в отдельных отраслях медицины, изучение вопросов, касающихся подбора кодов МКБ-10 при анализе заболеваемости и смертности, поступивших из различных регионов страны, позволяют составить перечень нозологии, кодирование которой в настоящее время вызывает наибольшие трудности.

Разрабатываются и внедряются новые компьютерные технологии, позволяющие обеспечить мониторинг смертности, снизить затраты, повысить качество, оперативность и достоверность статистической информации. В сложившихся условиях внедрение компьютерных технологий преследует цель создания такой системы, которая бы упростила систему регистрации, максимально уменьшила число ошибок и облегчила труд врачей и статистиков.

В то время, когда российское здравоохранение решает проблемы повышения достоверности статистики заболеваемости и смертности на базе МКБ-10, ВОЗ продолжает работу по созданию очередного пересмотра классификации.

Проект плана пересмотра и организационная структура на основе целей перехода от МКБ-10 к МКБ-11 был представлен на совещании ВОЗ в октябре 2008 г. в Нью-Дели (Индия). Первый бета-проект планируется на 2011 г., после чего будут проводиться испытания на местах. Официальная публикация на шести используемых ВОЗ языках намечается на 2014 г.

Основные цели нового пересмотра затрагивают такие положения, как обновление и пополнение МКБ в целях ее лучшего приспособления к новым научным, клиническим знаниям и новому опыту работы учреждений здравоохранения; новые технологии на базе Интернета по сбору, обобщению и обмену информацией; интегрирование и облегчение перекрестных ссылок со связанными с медицинской системами терминологии, такими как SNOMED-CT; гармонизация с родственными и производными от МКБ классификациями; встраивание вынужденных адаптаций, основанных на реальных потребностях практического применения; большее внимание поддержке внедрения МКБ в развивающихся странах.

Рассматривая трудности, испытываемые в течение длительного периода действия Девятого пересмотра МКБ, обусловленные появлением новых болезней и отсутствием надлежащего механизма коррекции пробелов, были предложены различные способы их преодоления и предотвращения возникновения аналогичных проблем в Десятом пересмотре. Выявилась необходимость продолжать обмен информацией с целью стандартизации использования Десятого пересмотра в разных странах, а также тщательно изучать любые изменения, появившиеся в течение срока действия пересмотра, применительно к их влиянию на методы анализа и тенденции. В процессе модернизации в настоящее время в период между пересмотрами возникла модификация МКБ-10-2, в которую вошли дополнения и уточнения, полученные из разных стран, вве-

дено более 300 новых диагнозов и значительное количество поправок. В частности, введен код Z65.4 Жертва преступления и терроризма и активизирована вакантная буква "U", оставленная резервной с целью внесения последующих дополнений и изменений или при возможных разработках промежуточных классификаций в период до очередного пересмотра МКБ. На основе этой буквы создан Класс XXII Коды для специальных целей (U00—U99), который содержит следующие блоки рубрик:

U00—U49 Предварительное (условное) обозначение новых болезней неясной этиологии;

U80—U89 Бактериальные агенты (возбудители), устойчивые к антибиотикам.

В числе новых кодов:

U04.9 Резко выраженный тяжелый острый респираторный синдром [SARS] неуточненный;

U80.0 Возбудители, устойчивые к пеницилину, и ряд других.

Англоязычный вариант 2-й версии МКБ-10 поступил в Сотрудничающий центр ВОЗ по развитию "семьи" международных статистических классификаций на базе Национального НИИ общественного здоровья РАМН, где осуществлен перевод этой версии (МКБ-10-2) на русский язык, и проходит в настоящее время экспертизу специалистов, а в дальнейшем будет опубликован.

Периодический пересмотр международных медицинских статистических классификаций — одна из уставных обязанностей ВОЗ, и наша страна принимает активное участие в совершенствовании этого международного статистического документа и внедрении его в деятельность медицинских учреждений Российской Федерации.

Сотрудничающий центр по МКБ координирует

все работы по переводу, изданию и внедрению соответствующих материалов ВОЗ как в России, так и в странах СНГ, некоторые из них (Белоруссия, Таджикистан, Киргизия и др.) используют русскоязычные версии.

Десятилетний опыт применения МКБ-10 в России подтвердил ее значимость для здравоохранения страны как удобного инструмента для статистического анализа. Также были приобретены знания для более широкого ее применения как клинической классификации. Дальнейшая работа будет направлена на совершенствование классификации и на подготовку предложений к ее новой редакции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Зайратьянц О. В.* // Моск. доктор. Вестн. Моск. гор. о-ва терапевтов. — 2007. — № 9. — С. 1—2.
2. *Мальцев С. Н.* Организация работы патологоанатомической службы региона для повышения качества статистической информации о причинах смертности населения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2004.
3. *Огрызко Е. В., Леонов С. А., Секриеру Е. М.* // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2008. — № 4. — С. 17—20.
4. *Погорелова Э. И.* // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2006. — № 2. — С. 45—49.
5. *Рогачкова Е. А.* Состояние организации и обеспечение технологий терапевтического лечения стоматологических больных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009.
6. *Секриеру Е. М.* // Врач и информ. технол. — 2009. — № 1. — С. 53—55.
7. *Сороцкая В. Н., Вайсман Д. Ш.* Принципы кодирования ревматологических заболеваний и правила заполнения "Медицинского свидетельства о смерти": Метод. пособие. — Тула, 2005.
8. *Хальфин Р. А., Какорина Е. П., Максимова М. В.* МКБ-10 в практике здравоохранения. — М., 2005.

Поступила 05.05.10

© В. А. МЕДИК, А. М. ОСИПОВ, 2010

УДК 614.2:616-058]:31

В. А. Медик, А. М. Осипов

## СОЦИАЛЬНАЯ СТАТИСТИКА В ИЗУЧЕНИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Новгородский научный центр СЗО РАМН

*В статье рассматривается широкий спектр методических и научно-практических вопросов применения социальной статистики в изучении общественного здоровья на основе методологии, разработанной учеными Национального НИИ общественного здоровья РАМН и Новгородского научного центра СЗО РАМН. Отмечается серьезное отставание социальной статистики в изучении проблем общественного здоровья, что не позволяет в полной мере реализовать ее возможности в выработке государственной политики в сфере охраны здоровья населения. В связи с этим перспективны разработка индикаторов социальной обусловленности общественного здоровья и их использование для выработки стратегических управленческих решений, в том числе при принятии федеральных и региональных целевых медико-социальных программ.*

**Ключевые слова:** социальная статистика, социальная обусловленность общественного здоровья, социально-демографическая и социально-экономическая структура населения, ценностное отношение индивидов (групп, населения) к своему здоровью, информированность населения об имеющихся заболеваниях, самооценка здоровья (удовлетворенность его состоянием), поведенческие стратегии населения в сфере здоровья

### THE SOCIAL STATISTICS IN THE PUBLIC HEALTH STUDY

V.A. Medik, A.M. Osipov

*The article deals with a wide range of technical and practical issues concerning the implementation of social statistics in the study of public health on the basis of the methodology developed in the RAMS National Research Institute of public health and the RAMS Novgorod Research center. It is emphasized that a significant lag of social statistics as applied to the study of public health issues of prevents full fledge implementation of its capabilities in the development of public policy in the field of population health promotion. In this connection, the elaboration of the indicators of social causation of public health and their implementation in the process of development of strategic management decision-making, including the federal and regional medical social programs.*

**Key words:** social statistics, social causation, public health, social demographic, social economic structure of population, value attitude to health, self-assessment of health, behavioral health strategies of population

Общепризнанной является социальная обусловленность общественного здоровья. Согласно экспертным оценкам, социальные факторы (прежде всего условия и образ жизни) составляют около половины объема эмпирически фиксируемых детерминант общественного здоровья [3]. Правомерно предположить, что степень социальной детерминации варьирует в разных группах и слоях современного российского общества, отмеченного глубокой социальной дифференциацией. Это усиливает актуальность вопросов социально-статистического анализа общественного здоровья. Именно поэтому социальная статистика как подотрасль современной статистической науки, нацеленная на фиксацию эмпирических социальных индикаторов, должна занять важное место в ряду предметных областей, затрагиваемых при научном обращении к проблеме общественного здоровья.

Согласно этому пониманию, социальная статистика общественного здоровья является дисциплинарной научной отраслью, лежащей одновременно на стыке математической статистики (ее раздела медицинской статистики) и социологии медицины.

Состояние социальной статистики общественного здоровья в российской науке заслуживает более пристального внимания. Это определяется прежде всего существующим методологическим уровнем данной предметной области, в компетенцию которой входит разработка программ исследования, основных концептуальных схем и категорий социально-статистического анализа и др. Методологическая зрелость любой научной отрасли, как известно, служит главным залогом сопоставимости результатов проводимых в ее рамках исследований и необходимой межотраслевой интеграции.

В соответствии с задачами, которые ставятся при проведении медико-социологических исследований, социально-статистические аспекты изучения общественного здоровья предполагают анализ показателей здоровья в конкретной социальной системе — государстве, регионе, поселении, социальной группе. При этом социально-статистическое изучение общественного здоровья целесообразно проводить в плоскостях двух основных срезов социальной структуры населения:

- социально-демографическом;
- социально-экономическом.

Кроме того, в изучении социальной обусловленности общественного здоровья необходимо учитывать индикаторы, характеризующие культурологические и социально-политические детерминанты общественной жизни.

К индикаторам, которые характеризуют социально-демографический срез структуры населения, традиционно относят пол, возраст, брачное состояние, гражданство, национальную принадлежность, место жительства, показатели миграции и др.

Социально-экономическую структуру населения принято характеризовать следующими индикаторами: среднедушевые денежные доходы, занятость в той или иной отрасли экономики, жилищные условия, образование и др.

Дальнейшее развитие методологии социально-

статистического изучения общественного здоровья видится по крайней мере в двух основных направлениях: теоретическом и инструментальном.

В теоретическом плане социальная статистика призвана выполнять вспомогательную, инструментально-научную роль в информационных и аналитических процедурах при формировании и обработке баз данных как государственной медицинской статистики, так и специальных медико-социологических исследований.

В данном отношении представляется перспективным изучение причинно-следственных связей индикаторов здоровья, входящих в систему показателей медицинской статистики, с эмпирическими показателями социальной статистики, учетом специфики общественного здоровья как социального феномена. Такое сопоставление предполагает разработку и использование более широкого перечня показателей социальной статистики и более сложных статистических процедур их фиксации и анализа.

В инструментальном направлении подчеркивается прикладная, практико-ориентированная функция социальной статистики общественного здоровья, востребованная в управленческой деятельности руководителей органов и учреждений здравоохранения.

Кроме того, социально-статистическое изучение общественного здоровья и его разнообразных социальных факторов может на определенном уровне информационной и теоретической зрелости этой отрасли приблизиться к выработке собственных специфических продуктов. К таким продуктам следует отнести математико-статистические модели интегральных показателей здоровья, а также сценарные прогнозы, столь необходимые для выработки стратегических управленческих решений, в том числе при разработке федеральных и региональных целевых медико-социальных программ.

Предстоит также соотнести и разграничить предметные области двух близких областей статистики — медицинской и социальной, при их обращении к проблемам общественного здоровья. В целях иллюстрации обратимся к некоторым примерам, подтверждающим важность такого разграничения.

Уровень заболеваемости в медицинской статистике обычно рассчитывается в отношении наличного или постоянного населения. Медицинская статистика позволяет делать сопоставимые расчеты только применительно к наиболее крупным демографическим группам, выделяемым по полу, возрасту, а также к категориям граждан, подпадающим под определенные целевые медицинские программы (диспансерного учета, дородового патронажа и т. п.).

Однако при разработке целевых медико-социальных программ (например, в области профилактики отдельных социально значимых заболеваний) таких традиционных подходов для расчета статистических показателей оказывается недостаточно. Требуется их структуризация по другим, собственно социальным параметрам (брачное состояние, место жительства, среднедушевые денежные доходы, культурологические особенности и др.). Кроме того, уровень заболеваемости по обращаемости населения в медицинские учреждения может быть обусловлен территориальной удаленностью боль-

*В. А. Медик* — чл.-кор. РАМН, д-р мед. наук, проф. (v\_med@inbox.ru); *А. М. Осипов* — д-р соц. наук, проф. (al\_osipov@mail.natm.ru)



ного от медицинских учреждений, ценностным отношением человека к своему здоровью, характером взаимодействий пациента с медицинскими учреждениями и т. д.

Вряд ли кто-то сегодня может недооценивать эти социальные факторы, а необходимость их трансформации в конкретные социальные статистические показатели назрела давно. Проведенное в Новгородской области в 2005—2009 гг. комплексное исследование общественного здоровья вносит свой вклад в решение такой задачи [2]. Но и здесь не обойтись простыми методами анализа (одномерными или двухмерными). Углубленное изучение социальной обусловленности общественного здоровья требует применения более сложных инструментов, многомерных моделей анализа, последовательного или одновременного учета целого ряда факторных признаков [5, 6].

Приведем другой пример, вытекающий из опыта этого исследования. Наибольшее среднее количество впервые на медицинских осмотрах установленных диагнозов в группе занятого населения приходится на персонал предприятий энергетики. Именно эта профессионально-отраслевая группа отличается и наиболее низким уровнем обращаемости за медицинской помощью наряду с более выраженной установкой на те или иные стратегии самолечения. Поэтому актуальной и целесообразной представляется разработка научно-практических программ, направленных на сохранение и улучшение здоровья персонала предприятий энергетики, особенно если учесть стратегический потенциал этой отрасли как для отдельных регионов, так и для страны в целом.

Еще один пример необходимости разграничения предметных областей медицинской и социальной статистики относится к социальным факторам репродуктивного здоровья женщин. Результаты выборочных региональных исследований свидетельствуют о наличии несколько неожиданной, тем более для городской местности, взаимосвязи между показателями гинекологической заболеваемости по обращаемости в учреждения охраны материнства и детства и их удаленностью от мест жительства пациенток.

Приведенные выше и подобные им социально-статистические ситуации дают веские основания для разработки или коррекции целевых медико-социальных отраслевых программ и принятия конкретных управленческих решений как важнейших составляющих социальной политики на региональном и федеральном уровне.

Определенным преимуществом социальной статистики в теоретическом плане является возможность использования современных концепций социальной теории применительно к проблематике общественного здоровья. В данной области открываются новые возможности осмысления проблем здоровья в контексте культуры, психологии, экономической эффективности, управления и социальной политики.

Социально-статистическое изучение общественного здоровья, насколько можно судить по базовым текстам современной отечественной социальной статистики, только началось. Ее типичной чертой являются описательный и констатирующий характер, узость и ограниченность баз данных, недостаточность или в отдельных случаях противоре-

чивость показателей, используемых в качестве статистических индикаторов в проводимых исследованиях.

Иллюстрировать неадекватное состояние этой сферы можно перечнем показателей социальной статистики здоровья, излагаемых в некоторых ведущих изданиях [1, 8, 9]:

- оценка уровня медицинской помощи населению;
- характеристика деятельности медучреждений разных типов;
- статистический анализ результатов клинических исследований;
- демографические показатели:
  - ожидаемая продолжительность предстоящей жизни;
  - смертность по полу, возрасту, классам причин смертности;
- показатели заболеваемости:
  - доля лиц с разными статусами здоровья (по полу, возрасту и т. д.);
  - количество острых заболеваний;
  - количество впервые установленных диагнозов и др.;
- показатели самооценки населением своего состояния здоровья.

Возможно, эти показатели сформулированы в излишне общем смысле, но в них так или иначе все-таки просматривается подмена социальной статистики медицинской.

Насколько полным и достаточным является приведенный перечень групп социально-статистических признаков для реализации целей и задач социальной статистики здоровья? Следует заметить, что в нем основную долю составляют именно те группы признаков, которые традиционно входят в круг интересов медицинской статистики. Вне этого привычного круга находится лишь показатель самооценки населением состояния своего здоровья. Многие собственно социальные и медико-социологические характеристики общественного здоровья упущены или оказываются в тени, поэтому необходима их актуализация в социальной статистике, отвечающая ее предмету и научно-практическому предназначению.

Незрелость показателей социальной статистики общественного здоровья — лишь один из признаков недостаточности достигнутого состояния научной отрасли, ее методологической незрелости. Соответственно теоретическая и практическая отдача социальной статистики общественного здоровья как научной отрасли на данном этапе ее развития не может удовлетворить исследователей, руководителей органов и учреждений здравоохранения, практических врачей.

На нынешней стадии развития социальной статистики общественного здоровья предстоит определить прежде всего ее принципы и концептуальные подходы, заложить традиции социальной статистики как межотраслевой научной дисциплины. Недооценивать такую методологическую и организационно-научную задачу, лежащую, как может показаться, вдалеке от приоритетов медицинской науки, весьма опасно. В чем проявляется подобная опасность?

Во-первых, общее отставание социальной статистики общественного здоровья или частные пробелы в социально-статистическом освещении про-

блем здравоохранения не позволяют в должной мере реализовать ее возможности в информационном обеспечении процессов управления здравоохранением, выработке государственной политики охраны здоровья населения.

Во-вторых, такое отставание серьезно затрудняет научную и практическую реализацию социально-системной концепции здравоохранения, воплощающую научные представления о социальной обусловленности и социальной структуре общественного здоровья.

В-третьих, пока социальная статистика общественного здоровья не вступила в стадию полноценной институционализации, а также самовыражения в качестве научной дисциплины (с ясными методологическими основами, соответствующими научно-методическими стандартами, системой подготовки и переподготовки кадров для информационно-аналитических служб здравоохранения), большинство научных разработок останутся невостребованными.

Ситуация с социальной статистикой общественного здоровья аналогична проблеме оснащения системы здравоохранения современными информационными технологиями. До тех пор пока эти технологии не будут адаптированы к особенностям отрасли и не будут реализованы в образовательных программах подготовки и переподготовки кадров, установка сотни тысяч компьютеров в учреждениях и органах управления здравоохранением не решит проблему информатизации отрасли. Такая же судьба, вероятно, ожидает и социальную статистику общественного здоровья. Тем важнее целенаправленные усилия и координация в развитии этой научной отрасли.

Общие контуры социально-системной концепции здравоохранения были обозначены нами ранее, и, безусловно, они требуют дальнейшей детализации [4]. Но даже в этом виде разработанная нами концепция уточняет базовые понятия и перечень объектов в медико-социологическом анализе общественного здоровья.

Социально-статистические характеристики самой системы здравоохранения являются более открытыми и доступными для сбора и анализа данных. Это подтверждается тем, что при наличии должной политической воли и ресурсов (как это произошло в Новгородской области) удалось сравнительно быстро, за 3—4 года, сформировать современную социально-статистическую базу, характеризующую региональную систему здравоохранения, добиться достаточно полного представления о болевых точках отрасли, тенденциях развития, ее социальном и профессиональном потенциале.

Но этого нельзя сказать о социально-статистических характеристиках общественного здоровья. Его показатели оказываются часто латентными и труднодоступными. Они предполагают гораздо большие объемы информации, особые требования в отношении репрезентативности формируемых с использованием выборочного метода баз данных. Так, в предложенной нами ранее модели здравоохранения как социальной системы совокупности факторов, условно обозначенная как ресурсы здоровья, оставалась неразвернутой [7]. Подчеркивая необходимость дальнейшей работы по детализации такой модели, приходится признать и то, что данная задача невыполнима без эффективного разви-

тия социально-статистического анализа общественного здоровья, изучения его социальной обусловленности.

Опираясь на оценку состояния социальной статистики общественного здоровья в нашей стране, а также на опыт медико-социологических и статистических исследований, выполненных Новгородским научным центром СЗО РАМН, попытаемся сформулировать основные принципы социально-статистического изучения общественного здоровья:

- адекватность комплекса используемых социально-статистических показателей (параметров) общественного здоровья функционирующей социально-системной модели здравоохранения;

- практическое соответствие комплекса социально-статистических показателей общественного здоровья информационным потребностям развивающейся системы управления здравоохранением;

- внутренняя научно-методическая совместимость формируемых и анализируемых статистических баз данных (для целей сравнительного анализа и прогнозирования);

- репрезентативность получаемых показателей выборочного социально-статистического исследования общественного здоровья, стремление к минимизации погрешностей в вырабатываемых оценках.

По-прежнему сложная проблема в социальной статистике общественного здоровья — обеспечение достаточно полных и надежных источников статистической информации. Известно, что показатели государственной статистики, формируемые на основе переписей населения, выборочных обследований домохозяйств или отчетности медицинских учреждений, ограничиваются лишь некоторыми, и то далеко не полными, признаками демографического статуса (пол, возраст, город/село, территория) и не включают ряд других существенных социальных факторов.

Одним из принципиальных подходов к совершенствованию социальной статистики общественного здоровья является информационно-технологическая интеграция существующих ведомственных баз данных с целью создания и воспроизводства единой персонифицированной базы данных о пациентах, достаточно полно характеризующей общественное здоровье. На региональном уровне эта задача может решаться путем интеграции:

- баз данных о заболеваемости по обращаемости (формируемых в учреждениях здравоохранения);

- баз данных территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций;

- баз данных о рождаемости и смертности (формируемых органами загса и судебно-медицинской экспертизы);

- баз данных об инвалидизации (формируемых органами медико-социальной экспертизы).

Однако такое информационно-техническое решение еще не обеспечивает достаточной полноты и адекватности социальной статистики общественного здоровья. Следует стремиться к выработке более эффективной отраслевой системы счетов и внедрению ее в комплекс государственной статистики. Специальная система счетов должна охватить группы существенных социальных факторов общественного здоровья, причем не только статусных (ко-

торые, как, например, пол или возраст, обычно широко применяются), но и деятельностных и ментальных (социокультурных).

Социальная статистика общественного здоровья призвана в ближайшей перспективе выработать определенный комплекс интегральных показателей здоровья.

На данном этапе научно-методического решения проблемы выбора индикаторов социальной обусловленности общественного здоровья целесообразно, на наш взгляд, выделять следующие показатели:

- ценностное отношение индивидов (групп, населения) к своему здоровью;
- информированность населения об имеющихся заболеваниях;
- самооценка здоровья (удовлетворенность его состоянием);
- поведенческие стратегии населения в сфере здоровья.

Вывод об использовании именно этих индикаторов опирается на многолетний опыт изучения социальной обусловленности общественного здоровья, полученный нами в Новгородской области и ряде регионов России. В отношении этих показателей необходима выработка эмпирически фиксируемых пороговых значений, которые выполняли бы роль критериев в оценке процессов и состояния общественного здоровья.

В заключение следует отметить, что нынешнее состояние социальной статистики общественного здоровья пока весьма далеко от желаемого. Приве-

денные выше замечания методологического плана не исчерпывают всего круга важных вопросов данной отрасли знания, а указывают на необходимость дополнительных усилий по ее развитию.

Желательно, чтобы специалисты в области общественного здоровья и здравоохранения, социологи внесли свой вклад в институционализацию этой важной и перспективной научно-прикладной отрасли знаний, а также в определении основных научных направлений социально-статистического анализа общественного здоровья. В этом отношении нельзя недооценивать ведущую координирующую и методологическую роль академической медицинской науки, а также ориентацию социальной статистики здоровья на запросы практического здравоохранения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бородкин Ф. М., Айвазян С. А. Социальные индикаторы: Учебник. — М., 2006.
2. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / Под ред. О. П. Щепина, В. А. Медика. — М., 2010.
3. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. — М., 2002.
4. Медик В. А., Осипов А. М. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2004. — № 4. — С. 14–18.
5. Медик В. А., Токмачев М. С. Математическая статистика в медицине: Учеб. пособие. — М., 2007.
6. Медик В. А., Токмачев М. С. Статистика здоровья населения и здравоохранения: Учеб. пособие. — М., 2009.
7. Осипов А. М., Медик В. А. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2007. — № 5. — С. 44–46.
8. Решетников А. В. Социология медицины: Учебник. — М., 2006.
9. Социальная статистика / Под ред. М. Р. Ефимовой. — М., 2003.

Поступила 10.06.10

© В. И. ЛИСИЦЫН, 2010  
УДК 614.2:314.4

В. И. Лисицын

### АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ПО ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ БАЗЕ УМЕРШЕГО НАСЕЛЕНИЯ

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого

*Проведен анализ статистического материала в созданной персонифицированной базе, позволивший получить различные характеристики умерших, изучить причины смертности населения, что способствует отходу от традиционного изучения смертности по данным государственной статистики.*

Ключевые слова: смертность, персонифицированная база данных, место регистрации случая смерти

#### THE ANALYSIS OF MORTALITY ACCORDING THE PERSONALIZED DATA BASE OF DECEASED POPULATION.

U.I. Lisitsyn

*The analysis of the statistical material included into developed personalized database was made. The different characteristics of the deceased persons were revealed and the major causes of death were investigated. This approach provides an opportunity to withdraw from traditional investigation of mortality according the public statistics data.*

Key words: mortality, personalized data base, death case registration

Смертность является чувствительным индикатором социально-экономических условий жизни и состояния здравоохранения. Количественные оценки смертности населения в настоящее время являются не только предметом теоретических исследований, но и практической потребностью для принятия соответствующих решений по охране

здоровья прежде всего на региональном уровне [1, 3, 7].

Используя возможности современных информационных технологий сформирована персонифицированная база данных (ПБД) умерших в Новгородской области. Персонификация заключалась в присвоении каждому умершему идентификационного номера. В основу формирования ПБД были положены возможные источники получения сведений об умерших с учетом того, что регистрация

В. И. Лисицын — канд. мед. наук, доц. каф. (novgor@mail.ru)

случаев смерти проводится в различных медицинских учреждениях в зависимости от места наступления смерти. Материалы этих трех источников взаимно дополняют друг друга, и только их сочетание дает возможность получить полную информацию обо всех умерших.

Изучая смертность по месту регистрации случаев смерти, установили, что 55,8% случаев зарегистрированы в амбулаторно-поликлинических учреждениях, 23,4% — в Бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ), 20,8% — в стационарах.

Амбулаторно-поликлинические учреждения регистрируют случаи смерти, наступившие дома. Результаты анализа показали, что у каждого пятого, умершего на дому (21,3%), отмечена внезапная или насильственная смерть, у 78,7% она была ожидаемой (прогнозируемой), т. е. наступила от известного, длительно протекающего заболевания, по поводу которого умершие находились под диспансерным наблюдением, неоднократно лечились в стационаре. Если в первом случае все умершие подлежали судебно-медицинскому исследованию и регистрации в БСМЭ, то во втором патолого-анатомическое исследование (вскрытие) трупа, как правило, не проводилось, и медицинское свидетельство о смерти выдавалось амбулаторно-поликлиническим учреждением [фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), семейно-врачебная амбулатория (СВА), поликлиника центральной районной больницы (ЦРБ) или городской] по месту жительства.

Все случаи внезапной и насильственной смерти прошли регистрацию в БСМЭ, причем в 100% им предшествовало судебно-медицинское исследование трупа, оно было проведено судебно-медицинским экспертом (94,7%) либо врачом-патологоанатомом (5,3%) ввиду временного отсутствия в районных отделениях БСМЭ врача-эксперта.

При анализе места происшествия случаев, приведших к смерти и зарегистрированных в БСМЭ, установили: чаще всего смерть наступает дома, по месту жительства (56,3%), на улице (8,9%), в чужой квартире (7,2%), на проезжей части дороги (5,5%), в месте для купания (4,1%). Среди других мест несчастного случая отмечены дача, подвал своего или чужого дома, сарай, гараж, лес, автомобиль, место отдыха.

Смерть 39,4% пострадавших наступила в стационарах, 30,8% — дома, 29,8% — в другом месте.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях в 73,8% случаев медицинское свидетельство о смерти было выдано врачом, лечившим умершего, и в 26,2% — фельдшером.

При анализе регистрации случаев смерти в стационарах большую озабоченность вызывает тот факт, что лишь в 38,2% случаев проведено патолого-анатомическое исследование, в 11,9% — судебно-медицинское, в 49,9% (почти половина) вскрытие вообще не проводилось. Такое положение приводит к недостоверной диагностике основной причины смерти и установлению всего комплекса заболеваний, обусловивших наступление смерти, что может исказить статистику причин смерти в связи с гипердиагностикой одних заболеваний и неполным учетом других.

При отсутствии вскрытия умерших в стационаре основанием для определения причин смерти и выдачи медицинского свидетельства о смерти являлись предшествующее наблюдение за больным и

записи в медицинской документации.

Интересным представляется вид стационарных учреждений, где зарегистрирован случай смерти. Среди всех умерших в стационарах больше всего умерших в ЦРБ — 48,2%, в городских больницах умерли 31,7%, в областных и районных специализированных медицинских учреждениях (диспансерах) — 13,1% (72,4% составили умершие в учреждениях психоневрологического профиля), в областной больнице — 4,3%, в участковых больницах — 2,5%. Случаи смерти (3,7%) отмечены не только в стационарах, где проводится лечение, но и в социальных учреждениях, таких как дома для престарелых, дома-интернаты для ветеранов.

При изучении путей поступления на стационарное лечение установили, что основная часть умерших поступила по "скорой помощи" (65,2%); направлены из амбулаторно-поликлинических учреждений 27,6%; переведены из других стационаров 5,2%; обратились самостоятельно 2%.

Важнейшей характеристикой стационарной помощи является время нахождения в стационаре до момента наступления смерти (летального исхода). Среди всех умерших 14,2% находились в стационаре менее суток, в том числе 30,8% — 13—24 ч, 23,7% — 3—6 ч. При изучении длительности пребывания в стационарах в днях выявили достаточно высокий удельный вес лиц, находившихся в стационаре более 15 сут, — 19,3%. В основном это лица, проходившие лечение в диспансерах, прежде всего в психоневрологическом и противотуберкулезном, где смертность составляет 6,3 и 2,2% соответственно. И, хотя удельный вес таких больных в структуре смертности в стационарных учреждениях невысок, время пребывания умершего в них до наступления смерти отличается большой длительностью. Достаточно высокий удельный вес занимают лица, находившиеся на лечении от 6 до 10 дней, — 18,2%. Это свидетельствует о том, что проводимое лечение было недостаточно эффективным и заканчивалось летальным исходом.

В результате анализа распределения умерших по полу установили, что в целом мужчин умирает больше, чем женщин (53,1 и 46,9% соответственно), что согласуется с данными большинства исследователей смертности населения [2, 4]. Однако в зависимости от места регистрации смерти имеются определенные различия. Если среди умерших дома больше женщин (57%), то в стационаре умирает больше мужчин (56,3%). Заслуживает внимания и такой факт: среди умерших судебно-медицинского профиля в 3 раза больше мужчин, чем женщин (74,8 и 25,2% соответственно). А это главным образом случаи насильственной и внезапной смерти.

Важнейшей социальной характеристикой является возраст. В целом, как показала ПБД, наибольший удельный вес занимают лица пенсионного возраста — 60 лет и старше (70,4%), однако при изучении возрастного состава умерших по месту регистрации случаев смерти выявили следующие особенности. Среди регистрируемых в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах преобладают умершие лица в возрасте 60 лет и старше (18,3 и 63,8% соответственно), в то время как при регистрации в БСМЭ — лица трудоспособного возраста — 19—59 лет (62,7%).

Социальный портрет умершего, смерть которо-

го зарегистрирована в амбулаторно-поликлинических учреждениях, — женщина, возраст 70—79 лет, состояла в зарегистрированном браке, имела среднее или начальное образование, неквалифицированная рабочая, пенсионерка.

Социальный портрет умершего, смерть которого зарегистрирована в стационарах, — мужчина или женщина, возраст 60—69 лет, состоял в зарегистрированном браке, имел(-ла) среднее или высшее образование, квалифицированный рабочий или специалист высшего уровня квалификации, пенсионер(-ка).

Социальный портрет умершего, смерть которого зарегистрирована в БСМЭ, — мужчина, возраст 39—59 лет, не состоял в зарегистрированном браке, имел среднее или неполное высшее образование, неквалифицированный рабочий или квалифицированный рабочий, безработный.

Важной характеристикой является место жительства. Среди всех умерших, зарегистрированных в ПБД, наибольший удельный вес (76,4%) занимают жители сельской местности, из которых 32,8% проживали в районном центре. Сельские жители преобладают во всех местах регистрации случаев смерти — от 67,4% в стационарах до 83,5% в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Смерть лиц без определенного места жительства зарегистрирована в БСМЭ (2,8%) и стационарах (1,2%).

Основной причиной смерти независимо от места регистрации стало заболевание — 81,3% среди всех умерших (91,7% в амбулаторно-поликлинических учреждениях; 87,6% в стационарах, 51% в БСМЭ). Другая ведущая причина смерти — несчастные случаи, не связанные с производством (9,6%), в основном она зарегистрирована в БСМЭ (28,3%), стационарах (12,4%). Такие причины смерти, как самоубийства и убийства, регистрируются только в БСМЭ — 8,5 и 7,5% соответственно. Следует отметить, что такая причина смерти, как "род смерти не установлен", отмечен в 7,3% случаев в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в 4,6% в БСМЭ.

Сезонность представляет собой одну из устой-

чивых закономерностей интенсивности возникновения и развития в популяции болезненных состояний и наступления смерти [5, 6]. Знание сезонных особенностей важно для предупреждения и купирования острых состояний, а также учета при расстановке акцентов в оказании плановой помощи. Полученные результаты свидетельствуют о том, что имеются определенные различия в помесичном распределении случаев смерти в зависимости от места регистрации. Так, в амбулаторно-поликлинических учреждениях смертные случаи чаще регистрируются в декабре и январе, в БСМЭ — в марте и декабре, в стационарах — в марте и ноябре.

Алкогольное опьянение является важнейшим фактором наступления внезапной смерти и сопутствующим фактором при насильственной.

Среди всех умерших, зарегистрированных в ПБД, алкогольное опьянение отмечено лишь у 5,3%, причем у 98,5% состояния алкогольного опьянения установлено при судебно-медицинском исследовании трупа и только у 1,5% — среди умерших в стационаре, о чем имеется соответствующая запись в истории болезни.

Возможность регистрации алкогольного опьянения в момент смерти предоставляется только в БСМЭ. При судебно-медицинском исследовании факт наличия этанола в крови отмечен у 44,8% умерших.

У лиц с обнаруженным алкоголем наиболее часто регистрируются опьянение средней степени (1,5—2,5‰) — 31,6%, а также тяжелое отравление алкоголем, при котором может наступить смерть (3—5‰), — 24,9%.

Полученные данные свидетельствуют, что структура основных причин смерти, зарегистрированных в амбулаторно-поликлинических учреждениях, БСМЭ и стационарах, имеет определенные различия (см. таблицу). Причины смерти в стационаре формируются за счет достаточно широкого спектра классов заболеваний, разнообразных по

**Структура (в %) основных причин смерти, регистрируемых в различных медицинских учреждениях**

Класс болезней	Шифр по МКБ-10	Место регистрации смерти		
		амбулаторно-поликлинические учреждения	стационар	БСМЭ
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	0,7	4,5	0,7
Новообразования	C00-D48	14,5	8,7	0,8
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	0,1	0,5	—
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E99	0,2	0,7	0,2
Психические расстройства и расстройства поведения	F00-F99	0,3	0,7	0,5
Болезни нервной системы	G00-G99	0,5	1,6	0,5
Болезни системы кровообращения	I00-I99	76,0	52,6	40,2
Болезни органов дыхания	J00-J99	2,0	7,1	5,8
Болезни органов пищеварения	K00-K93	0,9	7,0	3,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	—	0,2	—
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	0,1	0,4	—
Болезни мочеполовой системы	N00-N99	0,3	1,4	—
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	P00-P96	—	0,2	—
Врожденные аномалии (пороки развития) деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	—	0,3	—
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	4,4	—	4,7
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	1,1	14,1	43,1
<b>Всего...</b>		<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

своему составу (болезни системы кровообращения — 52,6%; травмы и отравления — 14,1%; новообразования — 8,7%; болезни органов дыхания — 7,1%). Умершие, зарегистрированные в амбулаторно-поликлинических учреждениях, — это главным образом пациенты с заболеваниями системы кровообращения (76,1%) и новообразованиями (14,5%). Среди причин смерти в БСМЭ преобладают травмы и отравления (44,6%) и болезни системы кровообращения (40,2%), являющиеся основной причиной внезапной смерти.

Обращает на себя внимание класс "Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках", который занимает третье место в структуре причин смерти (3,2%), регистрируемых в амбулаторно-поликлинических учреждениях, и представлен диагнозом "старость". Данный класс в структуре причин смерти, регистрируемых в БСМЭ, занимает четвертое место и представлен случаями обнаружения трупа при обстоятельствах, не позволяющих установить причину смерти.

Для более детального изучения танатогенеза необходимо обратить внимание именно на распределение посмертных диагнозов на основные причины, осложнения и сопутствующие заболевания.

В механизме танатогенеза травмы и отравления являются основной причиной в 81,2% случаев, осложнением — в 14,2%, сопутствующим заболеванием — в 62,4, 17,5 и 20,1% случаев соответственно. Болезни эндокринной системы лишь в 13,5% выступают как основная причина смерти; в 84,4% случаев они носят характер сопутствующих заболеваний. Новообразования являются основной причиной смерти в 94% случаев, а в 6% регистрируются как сопутствующие заболевания.

Таким образом, при анализе ПБД умерших у нас была возможность углубленно изучить структуру смертности в зависимости от места наступления и регистрации случая смерти. Такой многоплановый анализ причин смерти позволяет глубже проникнуть в сложнейшие механизмы танатогенеза, выявить факторы риска, способствующие распространению заболеваний, которые являются основной причиной смерти, и принять более эффективные меры по снижению смертности населения.

Это может способствовать отходу от традиционных методик изучения смертности, основанных на использовании данных государственной статистики, что обеспечит выход на принципиально новую систему разработки приоритетов медико-социальных проблем, связанных с сокращением заболеваний и состояний, которые являются причинами смерти, а также сделает возможным пересмотр методики и системы государственной регистрации причин смерти.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье населения — основа развития здравоохранения / Шепин О. П., Коротких Р. В., Шепин В. О., Медик В. А. — М., 2009.
2. Комаров Ю. М. Чрезмерно высокая смертность как основная причина депопуляции в России // Электронная публикация <http://komarov.viperson.ru/prnt.php?prnt=1&ID=434494>
3. Медик В. А. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 2009. — № 2. — С. 3—7.
4. Неравенство и смертность в России / Под ред. В. Школьников и др. — М., 2000.
5. Овчаров В. К., Тишук Е. А. // Пробл. соц. гиг. и история мед. — 1994. — № 5. — С. 19—23.
6. Школьников В. М., Червяков В. В. Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период. — М., 2000.
7. Шепин О. П., Шепин В. О., Какорина Е. П., Купеева Е. А. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России. — М., 2007.

Поступила 10.03.10

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010

УДК 614.2:616-053.2-058.862]:347.633

О. М. Филькина, Е. Л. Витрук, Н. В. Долотова, Л. А. Пыхтина, Е. А. Воробьева, О. Ю. Кочерова, Т. Г. Шанина

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ОСТАВИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, КАК ФАКТОР ОТКАЗА ОТ ПРИЕМА В ЗАМЕЩАЮЩУЮ СЕМЬЮ

ФГУ Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В. Н. Городкова Росмедтехнологий

*С целью выявления причин отказа потенциальных приемных родителей от принятия в семью детей-сирот и детей, оставшихся без родительского попечения, было проведено исследование медицинских заключений 307 детей, воспитанников государственных учреждений (домов ребенка и детских домов), находящихся на учете в базе Регионального банка данных по Ивановской области, дана сравнительная характеристика их соматического здоровья.*

*Установлено, что среди детей, не принятых в замещающие семьи, было меньше здоровых детей, а число заболеваний, приходящихся на одного ребенка, было выше. Потенциальные родители отказываются от принятия в семью детей не только с грубой патологией, но и с заболеваниями, которые достаточно успешно поддаются коррекции и реабилитации.*

Ключевые слова: дети-сироты, замещающая семья, здоровье, патология

### THE HEALTH CONDITIONS OF CHILDREN BEING LEFT OF PARENTAL CUSTODY AS FACTOR OF REFUSAL OF ADMISSION INTO THE SURROGATE FAMILY

O.M. Filkina, E.L. Vitruk, N.V. Dolotova, L.A. Pihina, E.A. Vorobieva, O.U. Kocherova, T.G. Shanina.

*To investigate the causes of the denial by prospective foster parents to accept orphan children and children without parental custody into their family a special study was organized. The medical inferences of 307 children, inmates of children's homes registered in the data base of Regional of Ivanovskaya oblast and comparative characteristics of their somatic health were analyzed. It is established that among children denied to be accepted by the families prevailed ill-health children and number of diseases per one child was higher. The prospective parents deny not accepting children in the family both suffering from severe pathology and diseases which can be easily corrected.*

Социальное сиротство в современных масштабах — это аномальное явление, результат социальных потрясений в жизни общества. Устойчивый рост числа детей, оставшихся без попечения родителей, привел к увеличению в стране учреждений для детей-сирот — домов ребенка, детских домов, школ-интернатов, приютов и т. д. [1, 8, 10]. Вместе с тем многочисленные исследования не только российских, но и зарубежных специалистов показывают, что в формировании здоровья ребенка большую роль играют семейные факторы. Они существенно влияют на морфофункциональные преобразования организма ребенка, на формирование его здоровья, обуславливая временные сдвиги в формировании физиологических систем [4, 9, 11].

Государственное учреждение не может обеспечить ребенку полноценное психическое развитие, успешную социальную адаптацию при вступлении в самостоятельную жизнь [2, 3, 7]. В связи с этим все усилия государства, касающиеся обеспечения поддержки и защиты прав детей, оставшихся без попечения родителей, должны быть направлены на сокращение сроков пребывания их в стенах государственного учреждения с последующим помещением в замещающую семью [5, 6]. В настоящее время существует несколько программ такого помещения детей с использованием разных форм: гостевая семья, патронат, опека, приемная семья, усыновление. Однако, несмотря на активную социальную политику государства по реализации прав ребенка на родительскую заботу и его воспитание в семье, количество детей, воспитываемых в государственных учреждениях, уменьшается медленно, а число детей, принятых на воспитание в семьи, остается недостаточно высоким. Это обусловлено многими факторами: материальной необеспеченностью, отсутствием жилья, работы и др. В связи с этим актуален поиск причин, затрудняющих возможность устройства детей в замещающую семью, что в свою очередь позволит уменьшить количество отказов потенциальных замещающих родителей от принятия детей-сирот в семью.

С целью выявления причин отказа потенциальных родителей от принятия в замещающие семьи детей из домов ребенка и детских домов нами были проанализированы медицинские заключения 307 детей, находящиеся в Региональном банке данных детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, по Ивановской области. Из них 167 детей, принятых в замещающие семьи, и 140 детей, которых отказались принять в семью.

Анализируя медицинские заключения детей, принятых в замещающие семьи, у 86,6% выявили соматическую патологию, и лишь 13,4% детей были соматически здоровы. При этом среднее количество заболеваний, приходящихся на одного ребенка, в этой группе составило 2,7.

*О. М. Филькина* — д-р мед. наук, проф., зав. отд. (4932-33-70-55); *Е. Л. Витрук* — канд. мед. наук, науч. сотр. (4932-33-70-55); *Н. В. Долотова* — канд. мед. наук., науч. сотр. (4932-33-70-55); *Л. А. Пыхтина* — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (4932-33-70-55); *Е. А. Воробьева* — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (4932-33-70-55); *О. Ю. Кочерова* — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (4932-33-70-55); *П. Г. Шанина* — канд. мед. наук, ст. на-

В структуре выявленной патологии первое место по частоте встречаемости занимали перинатальные поражения ЦНС и их последствия (43,9%). Данная патология была представлена следующими синдромами: гипертензивным (21,9%), двигательных нарушений (14,1%), задержки психомоторного развития (12,2%), дефицита внимания с гиперактивностью (7,9%).

Второе место в структуре заболеваемости детей, принятых в замещающие семьи, занимала патология сердечно-сосудистой системы (28,5%), представленная преимущественно малыми аномалиями развития сердца, встречающимися у 21,3% детей.

На третьем месте у детей, принятых в замещающие семьи, одинаково часто (по 12,8%) выявлялись тубинфицированность и патология ЛОР-органов (аденоиды, гипертрофия небных миндалин и др.).

Патология опорно-двигательного аппарата отмечалась у 12,2% детей и характеризовалась тугоподвижностью тазобедренных суставов (4,3%), нарушением осанки (3,7%), варусной деформацией нижних конечностей (1,2%), плоскостопием (1,2%). Реже у воспитанников, принятых в семьи, диагностировались врожденный вывих бедра, остеохондроз позвоночника, косолапость. Анемия выявлялась у 10,4%. С такой же частотой у детей определялся атопический дерматит. Психические расстройства диагностировались у 7,4% детей, принятых в семьи, и были представлены энурезом (4,3%) и олигофренией (3,1%). Реже в группе детей, принятых в семью, диагностировались патология мочевыделительной системы (5,5%), органов зрения (5,4%), диффузный зоб (3,6%), врожденные пороки развития (3%), гипотрофия, патология печени, кариес (по 2,4%), семейно-генетический субнизм (1,8%).

При анализе медицинских заключений детей, которых отказались принять в семьи, у 97,1% из них выявлена соматическая патология и лишь 2,9% соматически здоровы. Непринятие в семью соматически здоровых детей было обусловлено их возрастом — старше 8 лет. Анализ соматической патологии показал, что на одного ребенка, не принятого в семью, в среднем приходилось по 4,3 заболевания.

Первое место по частоте встречаемости у этих детей занимали перинатальные поражения ЦНС (52,9%), проявлявшиеся гипертензивным (11,4%) и гипертензивно-гидроцефальным (15%) синдромами, задержкой нервно-психического развития (20%) двигательными нарушениями (12,1%). У 10,7% детей диагностировались более тяжелые органические поражения ЦНС, в том числе ДЦП (2,1%). У одинакового количества детей выявлялись врожденная гидроцефалия и микроцефалия (по 2,9%).

На втором месте находилась патология сердечно-сосудистой системы (46,3%), которая чаще всего проявлялась малыми аномалиями развития сердца (26,4% детей). У 10,7% детей диагностировались различные врожденные пороки сердца (ВПС).

Третье место у детей, не принятых в семью, занимала патология органов зрения — 24,2%, чаще

всего проявляющаяся астигматизмом (7,1%) и косоглазием (6,4%). Одинаково часто выявлялись атрофия дисков зрительных нервов и гиперметропия (по 3,6%), микрофтальмия и пр.

Дальнейший анализ соматической патологии показал, что у 23,4% детей, не принятых в семью, выявлялись психические расстройства. Из них у 7,1% — олигофрения, у 6,4% — смешанное специфическое расстройство психологического развития, а у 2,9% — недоразвитие речи системного характера. Патология мочевыделительной системы определялась у 22,8% воспитанников государственных учреждений, не принятых в семью. Чаще всего она была представлена хроническим пиелонефритом (7,9%) и инфекцией мочевыделительных путей (5,7%).

Пороки развития диагностировались у 19,1% детей и проявлялись гемангиомами и пупочными грыжами (по 2,9%), незаращением твердого неба (2,1%), врожденной косолапостью, стридором гортани, аномалиями развития желчного пузыря, почек, кишечника и др. Патология опорно-двигательного аппарата выявлялась у 18,6% числа детей, не принятых в семью, и была представлена плоскостопием, сколиозом, дисплазией тазобедренных суставов. Не принимались в семью также дети с патологией ЛОР-органов (10,6%), представленной аденоидами (7,1%) и гипертрофией небных миндалин (3,5%), генетическими заболеваниями, представленными в основном болезнью Дауна (6,4%), заболеваниями печени (5,6%), представленными врожденным вирусным гепатитом (3,5%), и др.

Кроме соматической патологии, у каждого третьего ребенка, не принятого в замещающую семью, выявлялась фоновая патология: анемия (12,9%), атопический дерматит (5,7%), гипотрофия (11,4%) и др. Тубинфицированы были 5,7% воспитанников.

При сравнительном анализе медицинских заключений детей, принятых в замещающую семью, и детей, которых в семью не приняли, было выявлено, что среднее число заболеваний, приходящихся на одного ребенка, не принятого в замещающую семью, составляло 4,3, что в 1,6 раза больше, чем у детей, принятых в семью (2,7).

Среди детей, которых не приняли в семью, перинатальные поражения ЦНС выявлялись чаще в 1,2 раза, патология мочевыделительной системы — в 4,1 раза, патология опорно-двигательного аппарата — в 1,5 раза, врожденные пороки сердца — в 3 раза (10,9 и 3,6%), гипотрофия — в 4,7 раза, патология печени — в 2,3 раза, патология органов зрения — в 4,5 раза. Кроме того, у детей, не принятых в семью, в 6,4 раза чаще, чем у принятых, диагностировались пороки развития различных органов и в 3,2 раза чаще — психические расстройства.

В группе детей, принятых в семью, в отличие от детей, не принятых в семью, не встречались пороки развития, не было ни одного ребенка с болезнью Дауна, органическими поражениями ЦНС, врожденной гидроцефалией, микроцефалией и ВИЧ-инфекцией.

Таким образом, в результате проведенных исследований было выявлено, что воспитанники го-

сударственных учреждений, не принятые в замещающие семьи, характеризуются худшими показателями здоровья, чем дети, принятые в семью. Среди них было в 4,6 раза меньше здоровых детей, а число заболеваний, приходящихся на одного ребенка, было в 1,6 раза выше. Это может свидетельствовать о том, что одной из ведущих причин отказа от принятия в замещающую семью ребенка, воспитывающегося в государственном учреждении, является наличие у него соматической патологии. Потенциальные родители отказываются от принятия в семью детей не только с грубой патологией (пороки развития головного мозга, генетически обусловленная умственная отсталость), но и с заболеваниями, которые в настоящее время достаточно успешно поддаются коррекции и реабилитации благодаря достижениям медицины, в том числе в области высокотехнологичной медицинской помощи.

Все это позволяет говорить о низкой информированности потенциальных замещающих родителей по вопросам формирования здоровья детей в условиях семьи, возможностях успешной коррекции, реабилитации и благоприятного прогноза по каждому заболеванию. Следовательно, чтобы уменьшить число отказов замещающих родителей от принятия ребенка в семью, необходимо не только оптимизировать состояние здоровья детей, воспитывающихся в детских домах и домах ребенка, с применением современных реабилитационных технологий, в том числе высокотехнологичных, но и повышать информированность потенциальных родителей о заболеваниях, их течении и прогнозе, разъяснять возможности коррекции и реабилитации в условиях семьи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В. Ю., Сигал Т. М., Ананьин С. А. // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. — 1994. — № 1. — С. 8—11.
2. Витрук Е. Л. Состояние здоровья детей 3—7 лет с перинатальными поражениями центральной нервной системы, воспитывающихся в детских домах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Смоленск, 2006.
3. Воробьева Е. А. Формирование здоровья детей с перинатальными поражениями центральной нервной системы, воспитывающихся в домах ребенка и детских домах, профилактика его нарушений: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Иваново, 2008.
4. Выхристюк О. Ф., Самсыгина Г. А. // Рос. мед. журн. — 2000. — № 2, ч. I. — С. 11—14.
5. Долотова Н. В., Филькина О. М., Кочерова О. Ю., Пыхтина Л. А. // Здоровье населения и среда обитания. — 2008. — № 6. — С. 22—26.
6. Доскин В. А., Печора К. Л., Сулимова Н. В., Авдеева Т. Г. // Новые технологии в педиатрии: Материалы Конгресса педиатров России. — М., 1995. — С. 216—217.
7. Дьячкова М. Г., Макарова В. И., Меньшикова Л. И. и др. // Рос. педиатр. журн. — 2004. — № 3. — С. 57—58.
8. Ибрагимов А. И. Состояние здоровья и пути оптимизации медико-социального обеспечения детей, оставшихся без попечения родителей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2006.
9. Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. — Прага, 1984.
10. Семья Г. В., Зайцев Г. О., Зайцева Н. Г. Демографическая политика и социальное сиротство: опыт регионов, анализ программ, прогноз ситуации. — М., 2007.
11. Eizenberg L. // Int. Child Hlth. — 1996. — Vol. 7, N 3. — P. 7—18.

Поступила 27.07.09



## ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

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

*Проведено комплексное изучение предикторов, влияющих на развитие бронхиальной астмы (БА) у детей. Для каждого фактора риска были рассчитаны отношение шансов и его 95% доверительный интервал. Обследованы 280 детей в возрасте от 7 до 14 лет, страдающих БА, и 210 здоровых того же возраста. Выявлены факторы риска, которые имеют первостепенное значение в развитии БА у детей. Полученные данные можно использовать для подсчета индивидуальных рисков в популяции с целью прогнозирования развития данной патологии и ее своевременной профилактики.*

Ключевые слова: бронхиальная астма, фактор риска, профилактика

### THE PREDICTORS OF DEVELOPMENT OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

*E.V. Liapunova, I.V. Popova, A.N. Tokarev, V.A. Belyakov*

*The study of the predictors impacting the development of bronchial asthma in children was implemented. For each risk factor the chances ratio and its 95% confidence interval were calculated. The sample consisted of 280 children with bronchial asthma aged from 7 to 14 years and 210 healthy children of the same age. The risk factors having priority significance for the development of bronchial asthma in children are identified. The research data can be applied to calculate of the individual risks in population to forecast the development of bronchial asthma and its timely prevention.*

Key words: bronchial asthma, risk factor, predictor

В структуре аллергических болезней у детей одно из первых мест принадлежит бронхиальной астме (БА), в связи с чем это заболевание является серьезной медико-социальной проблемой, заслуживающей дальнейшего изучения механизмов развития, особенностей клинического течения, а также предрасполагающих и причинно-значимых предикторов [2, 5].

Согласно современным взглядам, БА — заболевание, возникновение и течение которого тесно связано с факторами наследственности и окружающей среды [1, 8]. Исследование предикторов БА имеет решающее значение для определения мероприятий по профилактике и лечению этого заболевания, к тому же сейчас недостаточно данных, определяющих вероятные причины роста его распространенности [4]. В связи с вышеизложенным цель работы — установить факторы риска, способствующие развитию БА у детей.

Обследованы 280 детей (основная группа) в возрасте от 7 до 14 лет с установленным диагнозом БА, проживающих на территории г. Кирова. У 90 (32%) больных диагностировали легкую степень БА, у 122 (43%) — среднетяжелую, у 68 (25%) — тяжелую. Длительность заболевания у большинства из них составила от 2 до 5 лет. Диагноз заболевания выставлялся в соответствии с рекомендациями национальной программы "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактики" (2008). Контрольную группу составили 210 здоровых детей того же возраста.

Комплексное изучение предикторов провели с расчетом относительного риска (ОР) и выделением наиболее значимых. Для оценки ОР определяли отношение шансов (ОШ) и его 95% доверительный интервал (ДИ), что возможно для оценки наличия

патологического воздействия среди случаев заболевания и контрольных наблюдений при исследовании "случай—контроль". ОШ рассчитывали по формуле:  $ОШ = (ad)/(bc)$ , где  $a$  и  $b$  — соответственно наличие и отсутствие фактора риска в основной группе;  $c$  и  $d$  — соответственно наличие и отсутствие фактора риска в контроле. К наиболее значимым факторам отнесены информативные признаки с ОШ более 1 [9]. Для выявления факторов риска у детей разработали анкету, включающую биологические и внешнесредовые факторы. С целью получения более полной информации провели выкопировку сведений из истории развития ребенка (форма 112/у) и медицинской карты ребенка (форма 026/у). Перечень биологических факторов включал отягощенный семейный анамнез по аллергическим заболеваниям; осложненное течение беременности (токсикозы, угроза прерывания, болезни матери во время беременности с приемом лекарственных средств), наличие профессиональных вредностей у матери; особенности течения периода новорожденности, злоупотребление матерью облигатными аллергенами во время беременности и в период кормления ребенка грудью; характер вскармливания (искусственное вскармливание с рождения); состояние кожи ребенка на 1-м году жизни; перенесенные ОР-ВИ, назначение антибиотиков. Из внешнесредовых факторов риска учитывали плохие жилищно-бытовые условия (сырая, холодная квартира; деревянный дом старой постройки; наличие в квартире ковров, паласов, мягкой мебели, цветов и домашних животных), пассивное курение.

Материалы исследования статистически обрабатывали на персональном компьютере в программе Microsoft Excel 2003 с использованием соответствующих программ (вариационная статистика, корреляционно-регрессивный анализ, оценка по критерию Стьюдента—Фишера) [3].

Наследственность, отягощенную по аллергическим заболеваниям со стороны матери и отца, отметили соответственно у 44,2 и 17,2% детей с БА, у 10,6% одновременно оба родителя имели эту па-

Е. В. Ляпунова — канд. мед. наук, ассистент каф. (elen-liapunov@mail.ru); И. В. Попова — канд. мед. наук, доц. каф. (8332-67-91-27); А. Н. Токарев — канд. мед. наук, ассистент каф. (8332-67-91-27); В. А. Беляков — канд. мед. наук, зав. каф. (8332-67-91-27).

Таблица 1

## Распространенность (в %) факторов риска развития БА

Факторы риска	БА (n = 280)	Здоровые дети (n = 210)
<b>Биологические:</b>		
1) отягощенный генеалогический анамнез по аллергическим заболеваниям:		
у матери	44,2	11,4
у отца	17,2	5,2
у матери и отца	10,6	1,2
у бабушки и дедушки по материнской линии	18,8	5,9
у бабушки и дедушки по отцовской линии	14,3	6,8
2) осложненное течение беременности и особенности периода новорожденности:		
токсикоз 1-й и/или 2-й половины беременности	43,8	13,6
угроза прерывания беременности	44,1	11,4
профессиональные вредности у матери	27,9	3,4
болезни матери во время беременности с приемом лекарственных средств	31,9	2,1
злоупотребление матерью облигатными аллергенами во время беременности и в период кормления ребенка грудью	48,7	1,2
хроническая фетоплацентарная недостаточность и асфиксия новорожденного	17,9	5,2
перинатальное повреждение ЦНС	48,3	32,8
3) атопический дерматит на 1-м году жизни		
	78,3	13,3
4) искусственное вскармливание с рождения		
	12,3	5,9
5) перенесенные ОРВИ		
	87,6	38,4
6) применение антибиотиков		
	79,1	36,9
<b>Внешнесредовые:</b>		
1) жилищно-бытовые условия:		
деревянный дом старой постройки	4,6	2,1
сырая, холодная квартира	0,9	0,4
наличие в квартире ковров, паласов, мягкой мебели, цветов	74,5	25,0
наличие домашних животных	38,4	14,5
2) пассивное курение		
	50,1	21,4

тологию (табл. 1). Наследственность, отягощенная по аллергии со стороны родных второй степени родства (бабушки и дедушки), по материнской линии установили у 18,8% детей, по отцовской — у 14,3%. Общеизвестно, что на формирование аллергических заболеваний значительное влияние оказывает ante- и/или интранатальное повреждение ЦНС. Этот патологический процесс приводит к функциональной незрелости и повреждению ряда органов и систем растущего организма, их дисгармоничному развитию. Нарушаются механизмы адаптации ребенка, и снижается сопротивляемость к воздействиям патогенетических факторов внешней среды, происходит нарушение и метаболических процессов. Кроме того, перенесенное перинатальное повреждение ЦНС у детей способствует более раннему возникновению и более тяжелому течению БА [6]. Среди детей с БА его диагностировали у 48,3%. Патологическое течение беременности и родов (угроза прерывания, токсикоз первой и/или второй половины беременности) зарегистрировали в 44,1% случаев, болезни матери во время беременности с приемом лекарственных

средств — в 31,9%, хроническую гипоксию плода и асфиксию новорожденных — в 17,9%. Условия труда у 27,9% будущих матерей были связаны с производственными вредностями. Во время беременности 48,7% матерей употребляли облигатные аллергены. Проявления атопического дерматита в раннем возрасте встречались у 78,3% детей с БА. Мощным защитным фактором против формирования аллергических заболеваний является грудное вскармливание. Установлено, что раннее искусственное вскармливание способствует формированию пищевой сенсibilизации и развитию аллергических заболеваний [7]. В нашем исследовании 12,3% детей с момента рождения получали искусственное вскармливание. Ранее перенесли такие заболевания, как ОРВИ, бронхиты, пневмонии, 87,6% детей с БА. Результаты проведенного анализа показали, что у 79,1% больных в первые 2 года жизни применялись антибиотики.

Большое значение в формировании аллергических заболеваний придают аллергенам, источниками которых являются домашние животные. При

Таблица 2

## ОШ и их 95% ДИ

Факторы риска	ОШ	ДИ
<b>Биологические:</b>		
1) отягощенный генеалогический анамнез по аллергическим заболеваниям:		
<b>у матери</b>	6,1	2,96—12,80
<b>у отца</b>	3,8	1,36—10,55
<b>у матери и отца</b>	9,7	1,45—65,88
<b>у бабушки и дедушки по материнской линии</b>	3,7	1,40—9,75
у бабушки и дедушки по отцовской линии	2,3	0,88—5,97
2) осложненное течение беременности и особенности периода новорожденности:		
<b>токсикоз 1-й и/или 2-й половины беременности</b>	4,9	2,47—9,92
<b>угроза прерывания беременности</b>	6,1	2,95—12,75
<b>профессиональные вредности у матери</b>	10,9	3,42—35,30
<b>болезни матери во время беременности с приемом лекарственных средств</b>	21,8	5,23—91,27
<b>злоупотребление матерью облигатными аллергенами во время беременности и в период кормления ребенка грудью</b>	78,1	12,39—49,25
<b>хроническая фетоплацентарная недостаточность и асфиксия новорожденного</b>	3,9	1,43—11,02
<b>перинатальное повреждение ЦНС</b>	1,9	1,08—3,39
3) атопический дерматит на 1-м году жизни		
	23,5	11,14—49,69
4) искусственное вскармливание с рождения		
	2,2	0,80—6,23
5) перенесенные ОРВИ (более 5 раз в год)		
	11,3	5,53—23,24
6) применение антибиотиков		
	6,4	3,45—12,16
<b>Внешнесредовые:</b>		
1) жилищно-бытовые условия:		
деревянный дом старой постройки	2,2	0,43—11,78
сырая, холодная квартира	2,2	0,05—94,71
<b>наличие в квартире ковров, паласов, мягкой мебели, цветов</b>	8,7	4,63—16,59
<b>наличие домашних животных</b>	3,6	1,85—7,31
2) пассивное курение		
	3,6	1,99—6,84

Примечание. Выделены наиболее значимые факторы риска развития БА (ДИ более 1,0).

сборе анамнеза учитывали наличие в доме таких животных, как собаки, кошки, птицы, рыбки, морские свинки, которые были в 38,4% семей детей с БА. В развитии БА у детей играет роль наличие большого количества коллекторов пыли. На присутствие в квартире ковров, паласов, мягкой мебели указали 74,5% детей с БА. Наличие в квартире сырости установили у 0,9% семей, а проживание в деревянном доме старой постройки — у 4,6%. Большое значение в развитии БА у детей имеет пассивное курение [1, 10]. Наши данные показали его у 50,1% детей с БА.

Расчет ОШ позволил выделить наиболее значимые факторы развития БА у детей (табл. 2).

При проведении анализа факторов риска с учетом ОШ обнаружили, что у ребенка значительно больше шансов заболеть БА, если аллергические проявления имеются у его родственников: у матери (ОШ = 6,1), отца (ОШ = 3,8), обоих родителей (ОШ = 9,7), родных второй степени родства (бабушки и дедушки) по материнской линии (ОШ = 3,7) и отцовской (ОШ = 2,3). Патологическое течение беременности и родов: токсикоз первой и/или второй половины беременности (ОШ = 4,9), угроза ее прерывания (ОШ = 6,1), болезни матери с приемом лекарственных средств во время беременности (ОШ = 21,8), профессиональные вредности у будущих матерей (ОШ = 10,9), хроническая гипоксия плода и асфиксия новорожденных (ОШ = 3,9), перинатальное повреждение ЦНС (ОШ = 1,9), а также злоупотребление матерью облигатными аллергенами во время беременности и в период кормления ребенка грудью (ОШ = 78,1) являются факторами риска формирования БА.

К факторам, повышающим риск развития у детей БА, относятся атопический дерматит в раннем возрасте (ОШ = 23,5), частые ОРВИ (ОР = 11,3), назначение антибиотиков в первые 2 года жизни ребенка (ОШ = 6,4). Среди внешнесредовых факторов — наличие в квартире ковров, паласов, мягкой мебели, цветов (ОШ = 8,7), домашних живот-

ных (ОШ = 3,6), пассивное курение (ОШ = 3,7).

При анализе результатов проведенного исследования установили, что для развития БА наиболее значимыми являются следующие предикторы: отягощенный генеалогический анамнез, осложненное течение беременности, профессиональные вредности у будущих матерей, болезни матери с приемом лекарственных средств во время беременности, злоупотребление матерью облигатными аллергенами во время беременности и в период кормления грудью; гипоксия плода и асфиксия новорожденного, перинатальное повреждение ЦНС; наличие у ребенка атопического дерматита, частые ОРВИ, применение антибиотиков. Из внешнесредовых факторов риска на развитие БА у детей первостепенное значение оказывает наличие в квартире коллекторов пыли, цветов, домашних животных и пассивное курение.

Раннее выявление детей с наличием вышеперечисленных факторов риска развития БА позволит своевременно и эффективно проводить профилактические мероприятия, способствующие предотвращению этого тяжелого заболевания среди данной категории населения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева Е. В., Потапов В. Н., Павлушенко Е. В., Кудрявцева В. А. // Пульмонология. — 2003. — № 3. — С. 83–88.
2. Балаболкин И. И. Бронхиальная астма у детей. — М., 2003.
3. Гланц С. Медико-биологическая статистика. — М., 1999.
4. Ильина Н. И. // Рос. аллергол. журн. — 2004. — № 1. — С. 37–41.
5. Камаев А. В., Парицкая О. Ю., Коростовцев Д. С. // Аллергология. — 2005. — № 1. — С. 3–8.
6. Мизерницкий Ю. Л., Косенкова Т. В., Маринич В. В., Васильева И. А. // Аллергология. — 2004. — № 3. — С. 27–31.
7. Национальная программа "Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика". — М., 2004.
8. Огородова Л. М., Астафьева Н. Г. // Consilium Medicum. — 2001. — Прил. — С. 4–8.
9. Серник В. Г. // Фармакоэкономика. — 2009. — № 2. — С. 9–14.
10. Arshad S. H., Kurukulaaratchy R. J., Fenn M., Matthews S. // Chest. — 2005. — Vol. 127. — P. 502–508.

Поступила 12.04.10

© М. А. ДЕМИНА, Ю. А. ТЮКОВ, 2010

УДК 614.2:616.97:312.6(470.55) «2004—2009»

М. А. Демина, Ю. А. Тюков

## ОСНОВНЫЕ СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Челябинская государственная медицинская академия; ГУЗ Областной кожно-венерологический диспансер № 3, Челябинск

*Представлен анализ заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), включая ВИЧ-инфекцию, по Челябинской области за 2004—2009 гг. Выявлены основные тенденции динамики, проанализирована возрастная и гендерная структура по нозологиям ИППП/ВИЧ. Оценка и основные тенденции заболеваемости рассматриваются с точки зрения практической значимости для принятия решений, направленных на обеспечение доступности и системы организации специализированной медицинской помощи.*

**Ключевые слова:** инфекции, передаваемые половым путем (ИППП/ВИЧ), уровень заболеваемости, структура

### THE MAIN ACTUAL TRENDS IN PROPAGATION OF THE SEXUALLY TRANSMITTED COMMUNICABLE DISEASES

M.A. Demina, U.A. Tukov

*The analysis of morbidity of the sexually transmitted communicable diseases, including HIV infection in Chelyabinskaya oblast in 2004–2009 is presented. The main trends in its dynamics are revealed. The age and gender structure of sexually transmitted communicable diseases and HIV is analyzed. The evaluation and main trends in morbidity are considered from the perspective of its practical significance for decision-making process to enhance the availability of the specialized medical care, including its organizational development.*

**Key words:** sexually transmitted communicable diseases, HIV, morbidity, structure

Социально-экономические условия развития страны в последние десятилетия привели к ряду негативных последствий для здоровья населения, в частности к росту заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), и ВИЧ/СПИД, что потребовало разработки комплекса мер на государственном уровне.

В настоящее время понятие "инфекции, передаваемые половым путем", помимо венерических заболеваний первого поколения (сифилис, гонорея), включает так называемые болезни нового поколения — хламидиоз, микоплазмоз, герпетическую и ВИЧ-инфекцию. Эту обширную группу заболеваний объединяют не только пути передачи, но и широкий круг медицинских, экологических, культурных, правовых и социальных вопросов [1].

Заболеваемость населения ИППП является актуальной проблемой во всех регионах России и считается болезнью как первого, так и нового поколения, объединенных в настоящее время в группу социально значимых болезней [1, 4]. Высокий уровень распространенности ИППП/ВИЧ ставит перед наукой и практическим здравоохранением определенные задачи по профилактике их дальнейшего распространения и организации оказания медицинской помощи.

Цель исследования — изучить основные закономерности динамики и социальные аспекты ИППП в Челябинской области.

Исследование проводили в 2004—2009 гг. на территории Челябинской области, одного из крупнейших индустриальных регионов Российской Федерации в составе Уральского федерального округа (УрФО), на базе областных кожно-венерологических диспансеров, расположенных на территории Челябинска.

Распространенность венерических болезней и ВИЧ-инфекции изучали сплошным методом на генеральной совокупности населения Челябинской области. Информацию получали методом выкопировки сведений из учетно-отчетной документации лечебно-профилактических учреждений, документов комитета государственной статистики Челябинской области, Министерства здравоохранения Челябинской области.

Заболеваемость анализировали в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (1995).

Для изучения динамики заболеваемости ИППП были взяты классические венерические заболевания (сифилис, гонорея), болезни нового поколения (ВИЧ-инфекция, хламидиоз, герпетическая инфекция, трихомониаз).

При анализе материала рассчитывали интенсивные и экстенсивные показатели, их ошибки репрезентативности, темп роста и темп прироста (убыли); достоверность оценивали по критерию Стьюдента ( $t$ ).

В 2009 г. по Челябинской области было зарегистрировано 46 856 больных всеми ИППП/ВИЧ, что составило  $1458,2 \pm 6,7$  на 100 тыс. населения.

Динамика заболеваемости за 2004—2009 гг. имела волнообразное течение. С 2004 по 2005 г. отме-

чено некоторое снижение интенсивного показателя с  $1508,2 \pm 6,8$  до  $1457,8 \pm 6,7$  на 100 тыс. населения при  $p > 0,05$ . В последующие 2 года заболеваемость повысилась. В 2007 г. темп прироста уровня заболеваемости составил 18,4% по сравнению с 2005 г. Рост отмечен в основном по условно-патогенным инфекциям: заболеваемость микоплазмозом и уреаплазмозом возросла соответственно в 1,8 и 1,6 раза ( $p < 0,05$ ). В последующем вновь отмечено снижение заболеваемости всеми ИППП (темпы убыли в 2009 г. по сравнению с 2007 г. составил 15,5%). Следует отметить ежегодное снижение заболеваемости классическими венерическими болезнями и болезнями нового поколения. В 2009 г. интенсивный показатель заболеваемости ИППП зарегистрирован на уровне  $439,7 \pm 3,7$  случая на 100 тыс. населения, что составило 68,2% к уровню 2005 г. ( $p < 0,05$ ). За весь период исследования заболеваемость ИППП/ВИЧ в Челябинской области была выше, чем в среднем по России.

Во все годы исследования в структуре классических венерических болезней и болезней нового поколения 1-е и 2-е ранговые места занимали трихомониаз и хламидиоз. В 2005—2008 гг. в структуре заболеваемости на 3-м месте был сифилис (удельный вес его колебался от 13,5% в 2005 г. до 12,4% в 2008 г.). В 2009 г. сифилис также занимал 3-ю позицию, но удельный вес его (12,9%) практически не отличался от такового ВИЧ-инфекции (12,6%). Интенсивные показатели также различались незначительно, составляя  $56,9 \pm 1,28$  случая сифилиса и  $55,1 \pm 1,26$  случая ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения ( $p > 0,05$ ). Таким образом, отмечается сближение двух ИППП — сифилиса и ВИЧ как по удельному весу, так и по интенсивному показателю. 4-ю позицию во все годы исследования занимала гонорея. В структуре заболеваемости ИППП/ВИЧ на 5 инфекций (сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз и ВИЧ) приходилось от 92,6 до 89,1% в разные годы исследования.

К наиболее распространенному инфекционному заболеванию нового поколения в настоящее время относится трихомониаз. Трихомонады играют большую роль в патологии мочеполовой системы как мужчин, так и женщин и могут приводить к бесплодию.

По Челябинской области за исследуемый период самый высокий показатель заболеваемости трихомониазом был в 2005 г. —  $205,3 \pm 2,5$  на 100 тыс. населения. В 2009 г. интенсивный показатель снизился в 1,6 раза ( $p < 0,05$ ). В структуре заболевших преобладали женщины — от 88,7 до 90,3%. Закономерно, что наибольший удельный вес среди больных занимает возрастная категория 20—39 лет (от 60,0 до 87,1% в разные годы исследования) как наиболее активная в сексуальном отношении.

Среди ИППП новой генерации одно из первых мест занимает и хламидийная инфекция органов мочеполовой системы. По некоторым данным, ее распространенность в мире стоит на 2-м месте после трихомониаза. При хламидийной инфекции поражаются практически все органы мочеполовой системы, наблюдаются осложнения во время беременности и в родах, происходит инфицирование плода. Следует отметить, что хламидиоз относится к кофакторам прогрессирования СПИДа.

В Челябинской области на 2-м месте стоит также уrogenитальный хламидиоз, показатели заболе-

М. А. Демина — зам. гл. врача (351-735-64-54); Ю. А. Тюков — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (351-261-25-96)

ваемости которым в течение исследуемого периода были нестабильными. Наиболее высокий уровень отмечен в 2005 г. ( $186,5 \pm 2,4$  на 100 тыс. населения). Рассматривая в целом динамику заболеваемости хламидиозом, можно отметить, что за исследуемый период ситуация по данной инфекции улучшилась. В 2006 г. интенсивный показатель снизился на 13,7%. В 2009 г. по сравнению с 2008 г. заболеваемость снизилась еще на 31,6%, а по сравнению с 2005 г. — в 1,8 раза (темп убыли составил 43,8%;  $p < 0,05$ ).

По результатам проведенного исследования, в структуре заболеваемости, как и при трихомониазе, преобладали женщины, удельный вес которых колебался в разные годы от 52,7 до 68,2%. Однако, по данным других исследований, мужчины сталкиваются с данной проблемой более чем в 2 раза чаще, чем женщины [1].

Одной из причин того, что среди женщин чаще регистрируются ИППП, можно считать их обращаемость к гинекологу по различным поводам, и во время осмотра выявляется данная патология. Этот факт подтверждается и тем, что наиболее часто данная патология регистрируется в возрастной группе 20—39 лет, удельный вес которой в разные годы исследования колебался от 75,6 до 81,1%.

В УрФО Челябинская область по заболеваемости сифилисом занимает 2-е место. Уровень заболеваемости за все годы исследования превышал средний показатель как по России, так и по УрФО. Вместе с тем за последние 4 года зарегистрировано снижение общей заболеваемости сифилисом в трех областях, в том числе и в Челябинской. Наиболее интенсивное снижение отмечено с 2005 по 2006 г. — на 19,9% ( $p < 0,05$ ). В дальнейшем темп убыли замедлился и был в пределах 10,3—11,8%.

За последнее время наметилась тенденция к уменьшению доли молодежи в возрастной структуре заболевших сифилисом и увеличению удельного веса больных в возрасте 40 лет и старше. Так, если в 2007 г. на долю лиц старше 40 лет приходилось 25,1%, то в 2009 г. удельный вес данной возрастной категории увеличился до 28,7%. Выявлена еще одна особенность: чем старше возраст, тем меньше среди больных удельный вес женщин. Начиная с возраста 30 лет, среди больных сифилисом преобладают мужчины (54,6% в возрастной группе 30—39 лет и 62,1% в возрастной группе 40 лет и старше), что может быть связано с меньшей обращаемостью женщин данной возрастной группы к гинекологу.

В последние годы прослеживается тенденция к увеличению числа регистрируемых скрытых форм раннего сифилиса. Так, если в 2007 г. удельный вес раннего скрытого сифилиса составлял 42,4%, то в 2009 г. — 55,3%. Вероятность инфицирования половых партнеров пациентами с ранним скрытым сифилисом (включая беременных женщин) значительно увеличивается, что свидетельствует о напряженности эпидемиологической ситуации и требует активизации форм работы по выявлению сифилиса в инкубационном и первичном периодах.

Таким образом, несмотря на то что заболеваемость сифилисом снижается, эпидемиологическая ситуация по данной инфекции остается напряженной.

Гонококковая инфекция в настоящее время относится к наиболее распространенным инфекци-

онным заболеваниям. Сравнительные данные за период исследования показывают, что в Челябинской области заболеваемость населения гонореей была ниже, чем по УрФО, и ежегодно снижалась. Интенсивный показатель в 2009 г. снизился по сравнению с 2004 г. в 1,8 раза ( $p < 0,05$ ).

По данным проведенного исследования, в гендерной структуре среди заболевших гонореей преобладали мужчины — от 78,8 до 83,8% в разные годы исследования. Наши данные расходятся с результатами исследования других авторов, согласно которым в структуре заболеваемости по полу преобладали женщины [2], вместе с тем согласуются с результатами большинства исследований, в которых рассматривалась гендерная структура заболевших [1]. Вероятно, это связано с региональными особенностями либо с тем, что у женщин хронический процесс протекает почти незаметно, более длительно и труднее диагностируется.

Первое место среди заболевших занимали лица в возрасте 20—29 лет, составляя от 60,8 до 65,9% в разные годы исследования. Безусловно, это обстоятельство имеет большое социальное значение не только потому, что затрагивает наиболее трудоспособный возраст, но и отражается на репродуктивной функции. Возникает высокая угроза инфицирования плода при прохождении через родовые пути матери.

Долгое время вопросы ВИЧ и других ИППП рассматривались независимо друг от друга. На самом деле между эпидемией ВИЧ/СПИДа и распространением ИППП существует тесная взаимосвязь. ИППП повышают вероятность и возможность заражения ВИЧ-инфекцией. ВИЧ и ИППП могут передаваться в результате одного и того же незащищенного контакта. Доказано, что наличие у субъекта ИППП, даже с бессимптомным течением, в 10 раз увеличивает риск передачи и инфицирования ВИЧ, поэтому эпидемии ВИЧ-инфекций и традиционных венерических болезней взаимосвязаны [5]. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации вышла за рамки групп риска, в эпидемиологический процесс активно вовлекается общая популяция населения [3].

В настоящее время Челябинская область по общему количеству выявленных ВИЧ-инфицированных занимает 7-е место в Российской Федерации и 4-е по УрФО. Пораженность жителей Челябинской области ВИЧ-инфекцией на 1 января 2010 г. составила  $630,0 \pm 4,4$  случая на 100 тыс. населения, что в 1,9 раза выше, чем по Российской Федерации в целом ( $340,3$  на 100 тыс. населения). Количество регистрируемых ВИЧ-инфицированных жителей Челябинской области ежегодно увеличивается. Темп прироста интенсивного показателя за исследуемый период был в пределах 17,2—14,3%. Показатель выявляемости случаев ВИЧ-инфекции среди жителей области увеличился с 265,8 до 270,1 на 100 тыс. обследованных. Однако за последние 3 года отмечено снижение показателя выявляемости ВИЧ-инфекции у больных наркоманией с 3287,4 в 2007 г. до 2598,7 случая на 100 тыс. обследованных в 2009 г. Вместе с тем в группе больных ИППП отмечается рост выявляемости ВИЧ-инфицированных. В 2009 г. она составила 469,3 на 100 тыс. обследованных, что на 15,1% выше, чем в 2007 г., и на 20,2% выше, чем в 2008 г. ( $p < 0,05$ ). Увеличился удельный вес больных, ВИЧ-инфицированных по-

ловым путем, — с 45,8% в 2005 г. до 62,2% в 2008 г., и одновременно уменьшилась доля лиц, инфицированных наркотическим путем, — соответственно с 51,3 до 36,0% ( $p < 0,05$ ).

Обращает на себя внимание большой удельный вес ВИЧ-инфицированных женщин. Если до 2006 г. в структуре по полу преобладали мужчины, то в 2008 и 2009 гг. стали преобладать женщины, удельный вес которых составил соответственно 55,4 и 54,7%. Соотношение впервые выявленных ВИЧ-инфицированных женщин и мужчин в 2009 г. составило 1:1, а в возрасте 18—25 лет — более чем 2:1.

Таким образом, удельный вес женщин среди впервые выявленных ВИЧ-инфицированных увеличился в результате повышения активности естественного гетеросексуального пути передачи ВИЧ-инфекции. Происходит "феминизация процесса". В проведенном исследовании в 85,8% случаев в среднем за изучаемый период инфицируются женщины репродуктивного возраста, что обуславливает высокий риск передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку и поддерживает напряженную эпидемиологическую ситуацию по ИППП, включая ВИЧ-инфекцию.

Динамика заболеваемости ИППП в Челябинской области за период исследования так же, как и в целом по России, имела волнообразное течение, однако показатели ее были на 16,0—18,0% выше среднего российского уровня. Несмотря на то что в последние 2 года наблюдается снижение интенсивного показателя заболеваемости всеми ИППП, сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация. В последние годы отмечается тенденция к росту числа регистрируемых скрытых форм раннего сифилиса, что также свидетельствует об эпиде-

миологическом характере заболеваемости и требует активизации форм работы, направленной на выявление сифилиса в инкубационном и первичном периодах.

В структуре ИППП наиболее значимой в социальном и экономическом отношении становится ВИЧ-инфицированность. Удельный вес и уровень заболеваемости на 100 тыс. населения ВИЧ-инфекцией и сифилисом близки и не имеют статистически достоверных различий. Среди больных венерическими болезнями ежегодно выявляется более 10% ВИЧ-инфицированных. В настоящее время преобладает половой путь передачи ВИЧ-инфекции с активным вовлечением в эпидемиологический процесс молодых женщин, начиная с 15-летнего возраста.

Таким образом, ИППП в современных социально-экономических условиях развития общества имеют региональные особенности распространенности и структуры, что требует принятия управленческих решений и мер, направленных на их профилактику и своевременную диагностику.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дворников В. С., Кожиева М. К., Шавлохова Л. А. и др. // Успехи соврем. естествознания. — 2005. — № 7. — С. 31—33.
2. Заславский Д. В., Егорова Ю. С., Никифоров Б. Н. // Тезисы науч. трудов X Всероссийского съезда дерматовенерологов / Под ред. А. А. Кубановой. — М., 2008. — С. 65.
3. Онищенко Г. Г. Достижения в противодействии эпидемии ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. Доклад на 2-й конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии. — М., 2008.
4. Сон И. М., Иванова М. А., Глузми М. И., Шевченко А. Г. // Вестн. дерматол. — 2006. — № 6. — С. 1—3.
5. Sioblan M. M., O'Connor S. M., Taylor Ch. E., Hughes J. M. // Emerg. Infect. Dis. — 2006. — Vol. 12, N 7. — P. 1051—1057.

Поступила 20.09.10

© И. Н. КУСТОВ, 2010

УДК 614.2:616.314-089.28]:33

И. Н. Кустов

## МОТИВАЦИЯ ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ЗА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

ЗАО "Мастердент", Москва

*В статье представлены результаты социологического опроса пациентов о мотивации обращения за ортопедической стоматологической помощью в негосударственные стоматологические организации. Полученные данные содержат информацию, необходимую для планирования деятельности ортопедической стоматологической службы и принятия управленческих решений.*

Ключевые слова: мотивация, обращаемость, ортопедическая стоматология, социологический опрос

THE MOTIVATION OF PATIENTS TO VISIT PRIVATE STOMATOLOGY INSTITUTIONS FOR THE ORTHOPEDIC STOMATOLOGICAL CARE

I.N. Kustov

*The article deals with the results of sociological survey of patients concerning the motivation of their appealability to private stomatology institutions for the orthopedic stomatological care. The survey data includes the information needed for planning functioning and management of orthopedic stomatological service.*

Key words: motivation, orthopedic stomatology, sociological survey

Проводимая в России реформа стоматологической службы, внедрение рыночных отношений и пе-

И. Н. Кустов — канд. мед. наук, стоматолог-ортопед (+7-495-674-10-01)

реход к медицинскому страхованию требуют решения одной из важнейших задач службы — оптимизации организации ортопедической стоматологической помощи и повышения ее качества [1, 5, 7].

Негосударственные стоматологические органи-

зации (НСО), ставящие своей целью оказание населению широкого спектра стоматологических услуг, давно уже стали реальной альтернативой государственным лечебно-профилактическим учреждениям [2, 3, 6]. Особенно это характерно для крупных мегаполисов — Москвы, Санкт-Петербурга, ряда областных центров [4].

Ведущим критерием обращения населения за стоматологической помощью является уровень его мотивации. Ведущей составляющей мотивации в свою очередь являются качество стоматологической помощи или предоставляемых услуг в том или ином конкретном учреждении, а также уровень цен на эти услуги и, самое главное, состояние доходов населения.

Для изучения мотивации обращения пациентов за ортопедической стоматологической помощью в НСО нами была разработана специальная анкета. Анкета заполнялась пациентами, закончившими ортопедическое лечение в лечебно-профилактических учреждениях компании "Мастердент". Она содержала 13 вопросов с несколькими вариантами ответов.

Первый вопрос был сформулирован следующим образом: "Каковы причины Вашего обращения за ортопедической стоматологической помощью в НСО?". Вопрос содержал 2 варианта ответа:

1. Неудовлетворенность оказываемой ортопедической стоматологической помощью в системе государственных стоматологических учреждений: "Да" ответили  $83,64 \pm 1,06\%$ , "Нет" —  $7,27 \pm 0,85\%$ , затруднились с ответом  $9,09 \pm 0,85\%$ .

2. Более высокие материальные возможности для получения высококвалифицированной ортопедической стоматологической помощи в НСО: "Да" ответили  $85,46 \pm 1,18\%$  респондентов, "Нет" —  $7,27 \pm 0,85\%$ , затруднились с ответом  $7,27 \pm 0,85\%$ .

Важное значение для оценки качества ортопедической стоматологической помощи имеет уровень оснащения НСО стоматологическим и диагностическим оборудованием и уровень обеспечения зубопротезными материалами. Результаты нашего исследования свидетельствуют, что  $80,0 \pm 2,94\%$  респондентов оценили уровень оснащенности стоматологическим и диагностическим оборудованием как высокий,  $9,09 \pm 1,01\%$  — как средний,  $10,91 \pm 2,57\%$  затруднились с ответом.

Интегрированный показатель оценки качества ортопедической стоматологической помощи свидетельствует, что  $83,64 \pm 1,22\%$  пациентов, обращающихся в НСО, полностью удовлетворены уровнем обеспечения качества ортопедической стоматологической помощи и охарактеризовали его как высокий,  $9,09 \pm 1,01\%$  респондентов — как средний,  $7,27 \pm 0,85\%$  затруднились с ответом.

Важным аспектом привлечения пациентов является уровень сервиса в НСО.  $90,91 \pm 1,98\%$  пациентов оценили его как высокий,  $7,27 \pm 0,70\%$  — как средний,  $1,82 \pm 1,06\%$  затруднились с ответом.

Интегрированный показатель оценки достаточности объема проведенного ортопедического лечения свидетельствует, что  $92,73 \pm 1,93\%$  пациентов, обращающихся в НСО, охарактеризовали его по-

ложительно, лишь  $5,45 \pm 0,65\%$  респондентов сочли объем оказанной ортопедической помощи недостаточным, а еще  $1,82 \pm 1,07\%$  затруднились с ответом.

Немаловажное значение в организации ортопедической стоматологической помощи в НСО имеют учет платежеспособного спроса населения и эффективность ценообразования. На вопрос, соответствует ли уровень цен качеству и объему оказанной ортопедической помощи,  $9,09 \pm 0,43\%$  пациентов ответили, что цены значительно завышены (не соответствуют объему и качеству оказанных услуг),  $45,45 \pm 1,02\%$  пациентов считают, что цены превышают объем и качество оказанной ортопедической стоматологической помощи, но ненамного,  $41,82 \pm 2,13\%$  респондентов отметили, что цены соответствуют оказанному объему и качеству проведенного лечения,  $3,64 \pm 0,60\%$  пациентов затруднились с ответом.

На вопрос, были ли Вам даны письменные гарантии на оказанную ортопедическую стоматологическую помощь,  $80,0 \pm 2,63\%$  респондентов ответили "Да",  $12,73 \pm 2,60\%$  — "Нет",  $7,27 \pm 1,57\%$  не дали ответа.

На вопрос, намерены ли Вы в дальнейшем пользоваться услугами данного учреждения,  $92,73 \pm 1,65\%$  респондентов ответили, что будут и в дальнейшем пользоваться услугами данного учреждения,  $1,82 \pm 1,06\%$  дали отрицательный ответ и  $5,45 \pm 1,27\%$  воздержались от ответа.

Все респонденты указали, что в настоящее время не имеют оснований для обращения с жалобами на недостаточно качественную ортопедическую помощь.

Среди отрицательных аспектов оказания помощи пациентами были отмечены следующие:  $5,45 \pm 1,20\%$  указали на длительные сроки протезирования,  $3,64 \pm 0,80\%$  — на высокие цены.

Последний вопрос анкеты касался предложений по улучшению оказания ортопедической стоматологической помощи. Открыть детское отделение предложили  $1,82 \pm 1,06\%$  респондентов, сократить сроки протезирования —  $3,64 \pm 0,90\%$ , снизить цены за услуги —  $1,82 \pm 1,04\%$  опрошенных.

Проведенный нами социологический опрос приобретает функции маркетингового исследования и дает информацию, необходимую для планирования деятельности ортопедической стоматологической службы и принятия соответствующих управленческих решений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алимский А. В. // Труды VI Съезда стоматологической ассоциации России. — М., 2000. — С. 4—5.
2. Вялков А. И., Леонтьев В. К. // Стоматология. — 1999. — № 2. — С. 44—47.
3. Гринин В. М., Караханян В. Т., Максимовский Ю. М. // Стоматология. — 2003. — Т. 82, № 5. — С. 64—67.
4. Кузьмина Н. Б., Садовников В. В. // Экономика и менеджмент в стоматол. — 2003. — № 6. — С. 26—32.
5. Леонтьев В. К., Безруков В. М. // Стоматология. — 2000. — Т. 79, № 6. — С. 4—6.
6. Леонтьев В. К. // Стоматология. — 2002. — Т. 81, № 4. — С. 75—83.
7. Ченцов Ю. И., Максимовский Ю. М. // Стоматология. — 2003. — Т. 82, № 6. — С. 64—66.

Поступила 01.06.09

Н. К. Гусева, В. А. Соколов

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА В СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ ИНВАЛИДОВ

ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия

*Изучена динамика уровня инвалидности в Нижегородской области в 2003—2007 гг., отмечены снижение числа граждан, впервые признанных инвалидами, и причины этого снижения. Резкое снижение числа больных, освидетельствованных ФГУ БМСЭ в 2007 г., заставляет думать о существовании экспертных барьеров в амбулаторно-поликлинических учреждениях, которые делают экспертную помощь менее доступной. Снижается также доля лиц, признанных инвалидами, от числа освидетельствованных с параллельным ростом показателей полной реабилитации инвалидов при отсутствии в области адекватной сети реабилитационных учреждений и подразделений. Искусственное снижение инвалидности всегда приводит к снижению уровня социальной защиты больных и росту смертности в популяции.*

Ключевые слова: экспертиза, инвалидность, амбулаторно-поликлиническое учреждение, реабилитация

### THE ROLE OF MEDICAL SOCIAL EXPERTISE IN THE SOCIAL PROTECTION OF DISABLED PATIENTS.

N.K. Guseva, V.A. Sokolov

*The dynamics of disability level in the Nijgorodskaya oblast was analyzed. The decrease of number of patients admitted as disabled for the first time and its causes was revealed. The drastic decreasing of number of patients examined in 2007 brings to consider the existence of expertise barriers in outpatient and polyclinic institutions which make the expert care less accessible. The share of persons accepted as the disabled in the total number of examined decreases too. The adequate rehabilitation services net in the oblast factually doht exist. Artificial decreasing of disability rate always leads to the decrease of social protection of patients and to the increase of mortality rate in population.*

Key words: expertise, disability, outpatient, polyclinic, rehabilitation

Распоряжением Правительства РФ от 28.09.2005 № 1515-р была утверждена концепция федеральной целевой программы "Социальная поддержка инвалидов на 2006—2010 гг.". В концепции определены следующие задачи программы: создание системы реабилитационных и экспертных организаций, обеспечивающих реабилитацию инвалидов, развитие реабилитационной индустрии; оснащение оборудованием реабилитационных организаций; обеспечение беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры; создание дополнительных рабочих мест для трудоустройства инвалидов. Цель программы — сократить число инвалидов и ежегодно возвращать к профессиональной и трудовой деятельности 150—160 тыс. человек. Важнейшим интегральным показателем хода реализации программы является показатель полной реабилитации инвалидов — доля лиц, у которых снята инвалидность, из числа лиц, ежегодно переосвидетельствованных в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы (ФГУ МСЭ). К 2010 г. этот показатель должен достигнуть 6,5%. Очевидно, что для того чтобы достигнуть такого показателя, необходимы большие затраты для формирования в субъектах РФ и на федеральном уровне системы реабилитационных учреждений и подразделений, а также увеличение числа учреждений и организаций, подлежащих

квотированию для выделения рабочих мест для трудоустройства инвалидов.

Следует отметить, что программа имеет сильную концептуальную основу, научно обоснованные цели и задачи, варианты решения проблем и механизмы реализации. Необходимым условием ее реализации является конгруэнтность целей, задач и механизмов реализации действующему законодательству. К сожалению, в Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в РФ" внесены существенные изменения и дополнения, в которых уже не предусмотрено формирование государственной системы реабилитации инвалидов, и поэтому механизм реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов (ИПР), разработанных в ФГУ МСЭ, в законе представлен достаточно абстрактно. В соответствии со статьей 10 Закона государство гарантирует инвалидам проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств реабилитации и услуг, предусмотренных федеральным перечнем, за счет средств федерального бюджета.

В то же время в статью 21 Закона внесены изменения, в соответствии с которыми организации с численностью работников более 100 человек устанавливают квоту для приема на работу инвалидов в процентах к среднесписочной численности работников (не менее 2% и не более 4%). Это привело к резкому снижению числа предприятий, подлежащих квотированию, и числа инвалидов, трудоустроенных в счет квоты. Это не могло не повлиять на показатели профессиональной реабилитации и

Н. К. Гусева — д-р мед. наук, проф. каф. (grurinsk24@mail.ru); В. А. Соколов — канд. мед. наук, доц. каф. (8-831-19-63)



## Распределение количества ИПР по профессиональной реабилитации, выданных инвалидам в Нижегородской области за 2002—2006 гг.

ИПР	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
По профессиональной реабилитации	7 982	10 678	17 729	20 876	35 927
В том числе:					
по трудоустройству	4 703	6 916	12 917	15 138	31 513
в обычных условиях производства	3 822	5 921	11 698	13 385	20 609
в специально созданных условиях труда	521	808	1 219	4 635	15 318
из них на дому	250	85	143	318	0
по профессиональному обучению и переобучению	2 041	2 309	2 343	2 856	4 155
в условиях производства	802	922	603	498	1 194
в техникумах системы социальной защиты	5	16	20	43	21
в технических училищах системы социальной защиты	520	543	574	719	782
в техникумах и технических училищах системы образования	355	394	597	851	1 205
в вузах	398	401	549	745	953

трудоустройства инвалидов, которые в Нижегородской области снизились за последние 4 года почти в 2 раза, в то время как потребность в профессиональной реабилитации инвалидов, по данным главного бюро МСЭ, ежегодно растет (табл. 1).

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 09.03.2007 № 156 был утвержден порядок организации помощи по восстановительной медицине, который регламентировал ее оказание в муниципальных районах, городских округах и учреждениях здравоохранения субъектов РФ в отделениях, больницах восстановительного лечения, центрах восстановительной медицины и реабилитации. Однако в приказе нет указания на источники и объемы финансирования этих подразделений, вследствие чего эти мероприятия не вошли в территориальные программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

Следует отметить, что ФГУ МСЭ провели большую работу по увеличению охвата инвалидов ИПР, число которых ежегодно растет. В Нижегородской области в 2007 г. 83,1% инвалидов в возрасте старше 18 лет получили ИПР и 100% инвалидов до 18 лет, при этом численность инвалидов 1-й группы, получивших ИПР, возросла в 13 раз, инвалидов 2-й группы — в 4,6 раза, инвалидов 3-й группы — в 2,2 раза.

Однако механизмы реализации ИПР в области не определены: отсутствует сеть реабилитационных учреждений и подразделений, в том числе по медицинской реабилитации, адекватная потребностям населения; не разработаны типовые реабилитационные маршруты для отдельных контингентов инвалидов; не определены в локальных нормативных актах формы и методы организации реабилитации инвалидов на муниципальном уровне. Возможности эффективной реализации ИПР инвалидов в области ограничены и проблематичны.

Вместе с тем за последние 5 лет (2003—2007 гг.) в области наблюдается отчетливая тенденция к снижению численности граждан, впервые признанных инвалидами (с 116,8 до 88,5 на 10 000 населения, в том числе лиц трудоспособного возраста с 61,1 до 44,5 на 10 000 трудоспособного населения, детей и подростков до 18 лет — с 26,4 до 25,2 на 10 000 населения до 18 лет). Такое резкое снижение уровня инвалидности может быть связано либо с большими успехами в оказании медицинской помощи больным и инвалидам и значительным по-

вышением качества жизни населения, либо с дефектами в экспертной работе медицинских организаций и ФГУ МСЭ.

Основные показатели социально-экономического развития области свидетельствуют о том, что причин для резкого повышения качества жизни основного контингента населения области нет. Величина прожиточного минимума за 9 мес 2007 г. по области составила 3628 руб. при минимальном потребительском бюджете 4586,98 руб., среднемесячная заработная плата по области составила 10 621,1 руб., а начисленная пенсия — 3056,4 руб. При этом 564,34 тыс. человек в области имеют доходы ниже прожиточного минимума, а покупательная способность в сфере образования, здравоохранения, культуры и сельского хозяйства колеблется от 1,73 до 1,35 прожиточного минимума.

В области отмечается тенденция к сокращению показателей обеспеченности медицинской помощью: ежегодно снижается среднее число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на 1 жителя в год; число койко-дней, проведенных в стационаре на 1 жителя в год; число вызовов "скорой помощи" на 100 жителей в год, что привело к росту распространенности заболеваний (табл. 2). Показатели смертности остаются в области на высоком уровне, хотя и имеют тенденцию к снижению. Остается высоким показатель ежегодной убыли населения. Ежегодно растет показатель распространенности заболеваний, в основном за счет тех форм хронических болезней, которые чаще всего являются причиной инвалидности.

Таким образом, ни уровень жизни населения области, ни показатели здоровья не объясняют причины резкого снижения уровня инвалидности. Следовательно, можно вести речь об ужесточении критериев признания граждан инвалидами и дефектах работы экспертных служб. Данные статистики по области свидетельствуют о том, что за 2007 г. резко снизилось число больных, освидетельствованных в ФГУ МСЭ, в том числе детей и подростков до 18 лет, и число больных, которым установлена инвалидность. Снижение числа освидетельствованных лиц старше 18 лет можно связать с действием Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ "О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и допол-

**Динамика показателей смертности, естественной убыли населения, первичного выхода на инвалидность, распространенности заболеваний и обеспеченности медицинской помощи в Нижегородской области за 2003—2007 гг.**

Показатель	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Смертность на 1000 населения	20,0	19,8	20,0	19,0	18,3
Естественная убыль на 1000 населения	-11,0	-10,7	-11,1	-9,9	-8,5
Первичный выход на инвалидность лиц старше 18 лет на 10 000 населения	116,8	115,4	148,3	132,3	88,5
Первичный выход на инвалидность лиц до 18 лет на 10 000 населения до 18 лет	26,4	27,0	26,5	28,3	25,2
Первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста на 10 000 населения трудоспособного возраста	61,1	59,2	58,6	56,1	44,5
Распространенность заболеваний на 1000 населения	1276,3	1345,7	1357,1	1425,3	1460,7
Число посещений амбулаторных учреждений на 1 жителя в год	7,4	7,0	7,0	7,2	7,1
Число койко-дней на 1 жителя в год	3,76	3,64	3,5	3,3	3,3
Число вызовов "скорой помощи" на 1000 населения	363,2	359,8	358,4	356,1	355,6

нений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации", вследствие которого возросло число больных, желающих получить инвалидность из-за установленных доплат к пенсии и возможности получить социальный пакет. Однако резкое снижение числа освидетельствованных больных в 2007 г. (88,8% от показателей 2003 г.) заставляет думать о существовании экспертных барьеров в амбулаторно-поликлинических учреждениях, которые делают экспертную помощь менее доступной (табл. 3).

Особенно настораживает динамика доли лиц, признанных инвалидами, от числа освидетельствованных больных. По всем трем контингентам освидетельствованных в ФГУ МСЭ этот показатель снижается, особенно среди освидетельствованных больных старше 18 лет (с 91,6 до 87,7%). Остается предположить, что либо приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.08.2005 № 535 "Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы", определивший критерии инвалидности, имел целью резко уменьшить контингент инвалидов без учета уровня и качества жизни населения и потребности больных в социальной защите, либо эксперты ФГУ МСЭ неправильно его трактуют.

С другой стороны, интенсивный рост показателей полной реабилитации инвалидов, прошедших переосвидетельствование (с 2,3% в 2003 г. до 5,9% в 2007 г.), при отсутствии в области адекватной сети реабилитационных учреждений и подразделений, снижении числа предприятий, подлежащих квотированию рабочих мест для трудоустройства инвалидов, заставляет предположить наличие опереженного прессинга на ФГУ МСЭ с целью добиться достижения запланированных показателей эффективности реализации программы "Социальная поддержка инвалидов на 2006—2010 гг."

Следует напомнить, что показатели инвалидности определяют уровень социальной защиты больных граждан, имеющих медико-социальные последствия заболеваний, поэтому существует минимальная (средняя) граница этого показателя. В экономически развитых странах с высоким уровнем жизни населения доля инвалидов в популяции составляет 10%. В РФ, учитывая более низкий уровень жизни населения, этот показатель должен быть выше и составлять не менее 15% популяции [1]. Доля инвалидов от общей численности населения в 2007 г. составила по Нижегородской области 12%. Искусственное снижение инвалидности всегда приводит к снижению уровня социальной защиты больных и росту смертности в популяции. Органам социальной защиты населения следует контролировать уровень инвалидности и оценивать влияние на этот показатель различных факторов (заболеваемость и смертность населения, качество жизни населения, состояние системы реабили-

Таблица 3

**Динамика числа освидетельствованных в ФГУ МСЭ, признанных инвалидами, и показателей полной реабилитации по Нижегородской области за 2003—2007 гг.**

Показатель	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Число освидетельствованных лиц признаны инвалидами:	36 540	41 502	52 994	47 582	32 461
абс.	33 461	38 414	49 361	43 385	28 468
%	91,6	92,6	93,1	91,2	87,7
Число освидетельствованных до 18 лет признаны инвалидами:	11 699	11 608	11 699	11 211	10 280
абс.	10 276	10 247	9 642	9 542	8 600
%	87,8	88,3	82,4	85,1	83,7
Число переосвидетельствованных признаны инвалидами:	48 739	49 814	51 044	51 815	52 400
абс.	47 622	48 487	49 194	49 459	49 306
%	97,7	97,3	96,4	95,5	94,1
Показатель полной реабилитации инвалидов (в % от числа переосвидетельствованных для установления группы инвалидности)	2,3	2,7	3,6	4,7	5,9

И. А. Пахомов

## СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи

*Разработана модель специализированной подиатрической помощи (СПП) и сформированного на ее основе специализированного подиатрического центра на базе Новосибирского НИИТО. СПП включает несколько этапов: амбулаторный, лечебно-диагностический (сопровождается непрерывным мониторингом эффективности проводимого лечения) и реабилитационный.*

*Применение подобного подхода позволяет избежать направления либо повторного обращения в муниципальное звено здравоохранения лиц, нуждающихся в оказании СПП, которая может быть оказана лишь в условиях соответствующего специализированного медицинского учреждения. Это ускоряет сроки получения медицинской помощи и снижает вероятность инвалидизации пациентов по причине неэффективного лечения подиатрической патологии в лечебно-профилактическом учреждении общего профиля.*

Ключевые слова: подиатрия, заболеваемость, инвалидность, подиатрический центр

### THE ORGANIZATION OF SPECIALIZED CARE IN CASE OF PATHOLOGY OF FOOT AND TALOCRURAL ARTICULATION

I.A. Pahomov

*The nozoological structure of podiatric pathology in Novosibirsk oblast is represented mainly by the injuries of talocrural articulation (39.2% of examined patients), deformation of foot (20.7%) and degenerative lesion of foot (15.9%), fractures of heel bone (4.2%). This pathology has higher social significance. The main cause of disability is the deforming arthritis of talocrural articulation (48.5%) and subtalar articulation (20.3%). The model of specialized podiatric care was developed and approved in the functioning of Novosibirsk specialized podiatric center. The model includes outpatient, diagnostic, treatment, rehabilitation stages. The implementation of this approach permits to avoid the re-appealability to municipal medical care system and application to the specialized medical institution. This approach precipitates the period of care delivering and decreases the possibility of disabling patients due to non-effective treatment of podiatric pathology in common curative institution.*

Key words: podiatric, articulation, specialized care, articulation

Проведенные в 2004—2008 гг. среди населения Австралии, США и Великобритании широкомасштабные скрининговые исследования с целью выявления патологии стопы и голеностопного сустава показали, что на момент обследования ее имели от 19 до 28% осмотренных, при этом у 38% населения патология стопы привела к вынужденному ухудшению качества жизни [4—5]. В результате этих исследований выявлено, что только в США в 2004 г. 5,4% населения были признаны нетрудоспособными вследствие патологии стопы и голеностопного сустава. Травмы и переломы костей стопы также достаточно часто встречаются в популяции, составляя 10—10,6% переломов, при этом 0,6% таких поражений — тяжелые повреждения стопы, в ряде случаев требующие оказания высокотехнологичной медицинской помощи [1].

На территории Российской Федерации (РФ) помощь пациентам с патологией стопы и голеностопного сустава доступна на всех этапах здравоохранения в рамках востребованных врачебных специальностей, однако современные диагностические и технологические возможности вместе с возросшими ожиданиями эффективного результата лечения диктуют необходимость внедрения в структуру травматолого-ортопедической помощи научно

обоснованных клинико-организационных технологий, основанных на эффективной модели оказания специализированной помощи пациентам с патологией стопы и голеностопного сустава и позволяющих улучшить исходы лечения, оптимизировать этапы лечебно-диагностического процесса и уменьшить социально-экономические потери.

Цель исследования — обосновать новые организационные подходы в лечении пациентов с хирургической патологией стопы и голеностопного сустава в рамках модели специализированной медицинской помощи в субъекте РФ.

Выполнили ретроспективный анализ медицинской документации 11 704 пациентов, проживающих на территории Новосибирской области (НСО), обращавшихся за помощью в медицинские учреждения города и области по поводу патологии стопы и голеностопного сустава, обусловленных врожденными, травматическими, соматическими и дегенеративными поражениями (5760 женщин и 5944 мужчины, средний возраст  $38,8 \pm 6,5$  года). Изучили данные о 292 пациентах, полученные в ходе проведения медицинских осмотров населения с целью выявления патологии стопы. Среди этих пациентов преобладали женщины (182 женщины и 110 мужчин), средний возраст составил 42,6 года.

Провели клиническое обследование в предварительно сформированных группах исследования и сравнения. В группу исследования вошли 590 па-

И. А. Пахомов — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (I.Pahomov@niito.ru)

циентов (324 мужчины и 266 женщин, средний возраст  $49,6 \pm 13,1$  года), которым была оказана специализированная ортопедическая помощь по поводу различных нозологических форм патологии стопы и голеностопного сустава в подиатрическом центре Новосибирского НИИТО в период с 2004 по 2008 г. Группа сравнения состояла из 237 человек (110 женщин и 127 мужчин, средний возраст  $46,2 \pm 16,4$  года), наблюдавшихся в клинике НИИТО с 1999 по 2004 г., которым были выполнены классические вмешательства по поводу различных нозологических форм патологии стопы и голеностопного сустава.

Социальные последствия подиатрической патологии, приведшей к инвалидизации, оценивали на основе данных о 8325 пациентах, обратившихся в областную ортопедо-травматологическую медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК) НСО для освидетельствования на наличие инвалидности в 2005—2007 гг., среди которых выделили и обследовали группу пациентов с подиатрической патологией, насчитывавшую 911 человек. Среди лиц с патологией стопы и голеностопного сустава было в 2 раза больше мужчин (600 мужчин и 311 женщин), средний возраст в группе составил 47,6 года. Общее число обследованных в ходе проведенного исследования составило 20321 человек.

С учетом данных подиатрической заболеваемости определили потребность в специализированных койках для лечения больных с подиатрической патологией в НСО, штатные нормативы амбулаторно-консультативной подиатрической помощи, разработали модель подиатрического центра специализированной ортопедической помощи пациентам с патологией стопы и голеностопного сустава.

Полученные результаты обрабатывали методами описательной статистики и путем сравнения качественных и количественных признаков в исследуемых группах пациентов. Описательные статистики представили в виде средней ( $M$ ) и ее стандартной ошибки ( $m$ ). Различия сравниваемых величин счи-

тали достоверными при значениях, не превышающих порогового уровня ( $p$ ), определенного в 0,01 ( $p < 0,01$ ).

В ходе исследования проанализировали результаты обработки первичной документации 11 704 пациентов (5944 мужчины и 5760 женщин), впервые обратившихся за медицинской помощью по поводу подиатрической патологии с 2001 по 2006 г. Установили, что накопленная заболеваемость подиатрического профиля в НСО составляет 43,64 случая на 10 тыс. населения, а средний возраст пациента с данной патологией — 38,8 года. Это свидетельствует о высокой подиатрической заболеваемости в НСО, сопоставимой с данными зарубежных авторов [4—5], и о поражении преимущественно лиц трудоспособного возраста, что обосновывает повышенную потребность населения НСО в специализированной ортопедической помощи по поводу патологии стопы и голеностопного сустава.

Полученные в ходе исследования данные позволили определить нозологическую структуру подиатрической патологии (табл. 1), в которой доминировали повреждения области голеностопного сустава (39,2%), деформации (20,7%) и дегенеративные поражения (15,9%) стопы, переломы пяточной кости (4,2%), причем последние имеют также и высокую социальную значимость.

Среди отобранных нами для исследования инвалидов по причине подиатрической патологии 911 пациентов инвалидами II группы были признаны 111 (11,2%) человек, III группы — 513 (51,7%) человек. С учетом этих данных зарегистрированная инвалидность по причине подиатрической патологии в НСО составила 2,35 случая на 10 тыс. населения. При этом средний возраст инвалидов составил  $48,6 \pm 11,2$  года, а лидирующими по частоте причин инвалидности были деформирующий артроз голеностопного (48,56%) и подтаранного (20,35%) суставов, ампутационные культы стоп и пальцев стоп (15,38%), переломы области голеностопного сустава (4,81%).

Анализ полученных данных показал, что 68,8%

Таблица 1

Структура подиатрической патологии в НСО за 2001—2006 гг. по данным обращаемости ( $n = 11\ 704$ )

Нозологическая группа заболеваний	Код нозологии по МКБ-10	Число обследованных			Средний возраст, годы
		всего	мужчины	женщины	
Повреждения голеностопного сустава	S932, S900, S936, S939, S826, S825, S967, S823, S930, S824	4590	2470	2120	38,9
Деформации стопы	M201, Q660, M214, M215, M205, T250, Q663, D800, Q74, Q702, M204, Q716, M219, Q710	2419	913	1506	31,57
Дегенеративные поражения стопы и голеностопного сустава	M773, M879, M879, M766, M767, M890, M190, M775, M216, M202	1863	941	922	51,8
Повреждения стопы	S925, S922, S923, S908, S924, D163, S927, T250, S934	1528	799	729	45,3
Перелом пяточной кости	S920	490	318	172	36,67
Вросший ноготь	L600	470	275	195	34,6
Патология стопы на фоне соматических заболеваний (стопа Шарко и др.)	M063, M140, M142, G638	202	138	64	46,5
Травма мышц и сухожилий на уровне голени	S869	79	50	29	46,3
Перелом таранной кости	S921	48	25	23	31,6
Злокачественные новообразования нижней конечности	C447	9	9	0	35,1
Остеомиелит стопы	—	6	6	0	29,2
Итого...	—	11 704 (100%)	5944 (50,7%)	5760 (49,3%)	38,8

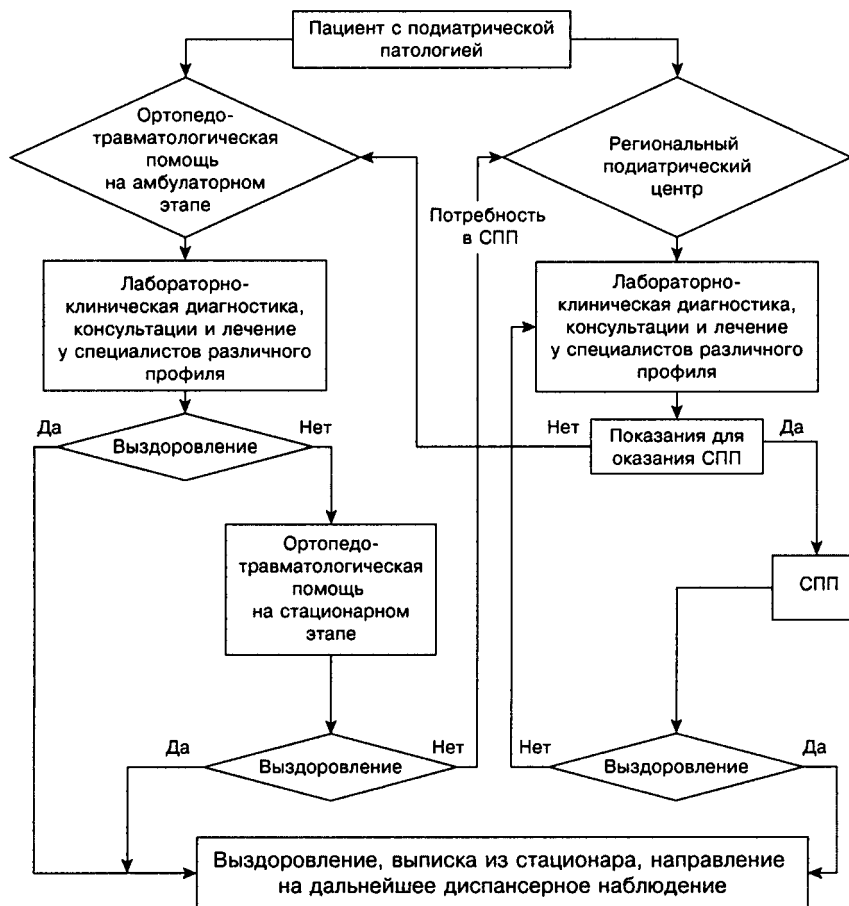
(430 человек) от всего числа инвалидов по причине подиатрической патологии составляют пациенты с деформирующим остеоартрозом голеностопного и подтаранного суставов, сформировавшимся в результате переломов лодыжек и пяточной кости, что подчеркивает высокую социальную значимость последствий таких повреждений опорно-двигательного аппарата. Также отметили неблагоприятную тенденцию увеличения числа случаев инвалидизации с подтвержденными II и III группами инвалидности среди лиц молодого и трудоспособного возраста, что выводит на передний план проблемы профилактики травматизма среди населения области, улучшения диагностики и оказания специализированной ортопедической помощи данной категории пациентов.

Выявленная высокая заболеваемость и инвалидность по профилю подиатрической патологии требовали формирования системы специализированной высокотехнологичной медицинской помощи населению с патологией стопы и голеностопного сустава. Создание любой системы специализированной медицинской помощи в современных условиях в числе первоочередных задач предусматривает оценку потребности в данном виде помощи у населения и связанный с этим штатный норматив предполагаемой организационной структуры.

С этой целью использовали методические рекомендации [2, 3], а основой для разработки потребности на текущий период послужили данные о числе больных, обращающихся в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) за медицинской помощью по поводу подиатрической патологии, а также сведения о фактических показателях медицинской помощи. Выявили, что с учетом данных, полученных при исследовании заболеваемости (по данным обращаемости и с учетом профилактических осмотров), количество необходимых посещений подиатрического приема в НСО (с учетом продолжительности рабочего дня врача, ведущего непрерывный амбулаторно-консультативный прием, из расчета 6 пациентов в час и при 229 рабочих днях в году) составляет 0,0049 должности на 10 тыс. населения. Исходя из этого реальная потребность в целом составляет 1,3 амбулаторных подиатрических должности на все население НСО. На основе этих данных определили объем необходимой специализированной стационарной ортопедической помощи пациентам с подиатрической патологией, который составил 1,63 койки подиатрического профиля на 10 тыс. населения НСО.

С учетом вышесказанного разработали модель специализированной подиатрической помощи (СПП) и сформированного на ее основе специализированного подиатрического центра (СПЦ) на базе Новосибирского НИИТО. СПП включает несколько этапов: амбулаторный с проводимым в его рамках осмотром специалистом-подиатром и, при

### Модель СПП



необходимости, более углубленным обследованием на следующем, лечебно-диагностическом этапе, включающем обследование пациента в стационаре с последующим хирургическим или консервативным лечением, а также этап реабилитации и непрерывный мониторинг эффективности проводимого лечения. Все перечисленные звенья системы обеспечивают выявление и лечение подиатрической патологии с возможностью постоянного контроля за ходом лечебного процесса на каждом из его этапов благодаря внедренной в СПЦ единой автоматизированной информационной базе данных (см. схему).

Данная модель позволяет максимально приблизить СПП населению за счет отбора через амбулаторное звено муниципального здравоохранения пациентов, нуждающихся в СПП на стационарном этапе при неэффективности или невозможности осуществления последнего в стационарном звене муниципального здравоохранения. Дополнительный отбор осуществляют также при проведении углубленного обследования на этапе поступления пациентов в СПЦ, что позволяет распределить потоки пациентов на нуждающихся в высокотехнологичной СПП и на нуждающихся лишь в консервативном лечении; последних направляют на долечивание в амбулаторно-поликлиническое звено здравоохранения.

Применение подобного подхода позволяет избежать направления либо повторного обращения в муниципальное звено здравоохранения лиц, нуждающихся в СПП, которая может быть оказана лишь в условиях соответствующего специализиро-

Результаты лечения в группах исследования и сравнения ( $n = 827$ ;  $M \pm m$ )

Группа обследованных	Среднее количество койко-дней, сут	Число случаев инвалидности, %	Средний балл после лечения		Клинический исход лечения, абс. (%)		
			по шкале AOFAS	по шкале VAS	хороший	удовлетворительный	неудовлетворительный
Исследования ( $n = 590$ )	$12,3 \pm 3,7^*$	13,5*	$69,5 \pm 5,3^*$	$19,1 \pm 4,2^*$	413 (69,9)*	142 (24,1)*	35 (6)*
Сравнения ( $n = 237$ )	$25,2 \pm 7,6$	39,2	$46,9 \pm 4,6$	$46,1 \pm 5,6$	72 (30,4)	105 (44,1)	60 (25,5)

Примечание. \* —  $p < 0,01$  по сравнению с результатами, полученными в группе сравнения.

ванного медицинского учреждения. Это ускоряет сроки получения медицинской помощи и снижает вероятность инвалидизации пациентов по причине неэффективного лечения подиатрической патологии в ЛПУ общего профиля.

Проведенная в дальнейшем сравнительная оценка организационно-клинических подходов и связанных с ними результатов лечения у пациентов в группах исследования и сравнения показала, что применение современных организационных технологий, позволяющих концентрировать профильных пациентов с подиатрической патологией в условиях СПЦ, использование современного диагностического оборудования и методов лечения позволяют значительно улучшить результаты лечения у таких больных. Это выражается практически в двукратном снижении среднего количества койко-дней, затраченных на лечение одного пациента, двукратном снижении инвалидности и значительном улучшении показателей восстановления функциональной активности и биомеханических параметров у пациентов, которым была оказана СПП (табл. 2).

Количественные показатели, достигнутые после внедрения предложенной модели, свидетельствовали о сокращении сроков стационарного лечения на 50% и снижении частоты инвалидизации у таких пациентов в среднем в 1,78 раза. Опыт работы СПЦ показал, что внедрение новых клинико-организационных технологий в организацию лечебного процесса у пациентов с подиатрической патологией позволяет достоверно улучшить результаты лечения и достичь высокой эффективности по всем основным показателям, включая охват населения НСО высокотехнологичной СПП, оказание кон-

сультативной помощи, организацию лечения и преимущественности амбулаторного и стационарного звеньев здравоохранения.

Итогом настоящей работы стало создание специализированной подиатрической службы с функционирующим в ее рамках СПЦ, которая позволила решить проблему оказания СПП пациентам с профильной патологией посредством отбора таких пациентов на основе взаимодействия с амбулаторно-поликлиническим звеном муниципального здравоохранения.

Разработанная и внедренная модель СПП является эффективной и позволяет достигать значимых клинических результатов, одновременно сокращая сроки стационарного лечения на 50% по сравнению со стационарными ЛПУ общего профиля и в 1,78 раза снижая частоту инвалидизации у таких пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Рахимов Д. С. Хирургическое лечение тяжелых повреждений костей стопы на основе биомеханической концепции фиксации отломков: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002.
2. Фомичев Н. Г. Научное обоснование и разработка системы специализированной помощи при заболеваниях и повреждениях позвоночника: Дис. ... д-ра мед. наук. — Новосибирск, 1994.
3. Шапиро К. И. Социально-гигиеническое изучение и обоснование системы организации специализированной ортопедической помощи взрослому городскому населению: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1987.
4. Mizel M., Hecht P., Marymont J., Temple H. T. // J. Bone Jt Surg. — 2004. — Vol. 86A, N 3. — P. 622—632.
5. Panchbhavi V. K., Aronow M. S., Digiovanni B. F. et al. // Foot Ankle Int. — 2010. — Vol. 31, N 1. — P. 10—13.

Поступила 30.06.10

Л. И. Каспрук

## ПОДГОТОВКА СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия

*Впервые проведен мониторинг подготовки сестринских медицинских кадров системы первичной медико-санитарной помощи населению в субъекте (Оренбургская область) Российской Федерации.*

Ключевые слова: *сестринские кадры, первичная медико-санитарная помощь, последиplomная подготовка*

THE TRAINING OF PARAMEDICAL PERSONNEL OF PRIMARY MEDICAL SANITARY CARE SYSTEM IN ORENBURGSKAYA OBLAST

L.I. Kaspruk

*The results of monitoring of training of paramedical personnel of primary medical sanitary care system in Orenburgskaya oblast are discussed.*

Key words: *paramedical personnel, primary medical sanitary care system, postgraduate training*

Одним из направлений развития здравоохранения является укрепление кадрового потенциала и материально-технической базы, модернизация системы профессионального образования медицинских работников, обеспечивающая освоение ими новых современных технологий [5]. Для этого требуется создать систему планирования подготовки врачей и среднего медицинского персонала, обеспечить подготовку квалифицированных управленческих кадров для здравоохранения, сформировать условия для внедрения непрерывного профессионального образования медицинских работников на основе современных образовательных программ и технологий [1, 4, 6, 7]. Соотношение врачебных должностей и численности среднего персонала к концу 2012 г. должно достичь оптимального уровня и составить 1:2,7. Основной целью перспективных программ подготовки сестринских медицинских кадров является дальнейшее развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению, что стало требованием времени.

По мнению М. С. Бедного (1984), комплекс программно-целевых мероприятий по улучшению подготовки кадров должен иметь три направления: 1) изучение состояния и тенденции развития территорий; 2) разработка не менее трех вариантов прогноза потребности в кадрах; 3) комплексный план мер по улучшению качества подготовки кадров. С нашей точки зрения, политика формирования кадров здравоохранения (в том числе средних медицинских) на любой территории должна стать координирующей основой в проведении реструктуризации здравоохранения. Такой подход позволит войти в программы, объединенные в общую мировую программу ПМСП, провозглашенную ВОЗ на Алма-Атинской конференции в 1978 г. [1—4].

Л. И. Каспрук — канд. мед. наук, преподаватель (3532-77-00-96).

Мы провели социологический опрос в медицинских учреждениях Оренбургской области среди работников, имеющих среднее специальное медицинское образование. Опрос проведен пропорционально численности различных групп медицинского персонала Оренбургской области. В опросе участвовали не менее 10% каждой группы работников среднего звена здравоохранения, оказывающих доврачебную помощь в регионе.

Провели анкетирование 535 представителей среднего медицинского персонала, 49 руководителей структурных подразделений медицинских учреждений села и города, 500 пациентов, 80 врачей, работающих в системе ПМСП. Целью проведения опроса явилось определение социально-демографической характеристики специалистов среднего звена, выяснение их отношения и оценки к собственным знаниям по актуальным вопросам сестринского дела, а также выявление недостатков профессиональной подготовки. Установлены дифференциация данных характеристик в условиях города и сельской местности, соотношения с полученными в ходе исследования объективными данными.

Основное количество ( $n = 517$ , или 96,64%) составили женщины, мужчин было 18 (3,36%). Большая часть опрошенных — лица в возрасте 40—49 лет (37%) и 30—39 лет (36,45%). Лиц моложе 19 лет — 8 (1,49%), в возрасте 60 лет и старше — 9 (1,68%). Лиц в возрасте 20—29 лет — 57 (10,65%), 50—59 лет — 68 (12,71%). В сельской местности работали 216 (40,4%) респондентов, в городской — 319 (59,6%).

По результатам исследования неоднозначный, хотя и однонаправленный, характер носят проблемы, связанные с недостаточными знаниями и умением работников сельских и городских территорий в их профессиональной деятельности.

Проблемы коммуникативного характера возникают у четверти работников городского здравоохранения и только у 10% сельского. Городские специалисты (52%) имеют проблемы, связанные с

оказанием неотложной помощи в экстренных ситуациях на догоспитальном этапе, тогда как среди сельских эти трудности появляются только у 21%. Это, вероятно, можно объяснить тем фактом, что городские медицинские сестры постоянно работают в контакте с врачом и надеются на его помощь, тогда как их сельские коллеги часто вынуждены работать самостоятельно и полагаются только на себя. Наибольшее количество коммуникативных проблем возникает у медсестер участковых педиатров (30%), акушерок (35%).

Недостаточность знаний по оказанию неотложной помощи в экстренных ситуациях (неотложные состояния, травмы, отравления и др.) на догоспитальном этапе отмечают медицинские сестры участковых терапевтов (55%), медицинские сестры общей практики (43%), акушерки (42%) и медицинские сестры участковых педиатров (37%).

Примерно 40% как городских, так и сельских специалистов нередко встречаются с трудностями по организации и проведению гигиенического воспитания и обучения населения здоровому образу жизни (ЗОЖ). Только 2/3 специалистов могут уверенно дать рекомендации по вопросам вскармливания, закаливания, подготовке детей к дошкольным учреждениям. При этом 25% городских и 17% сельских специалистов испытывают трудности при составлении рекомендаций. Городские специалисты в 2 раза чаще, чем их сельские коллеги, рекомендуют обращаться к врачу, поскольку сами владеют знаниями в данной области недостаточно хорошо.

При оказании консультативной помощи по медико-социальным аспектам жизни семьи, планированию семьи, организации медико-психологической поддержки членам семьи с учетом состояния здоровья и возрастных особенностей на своем участке работы отмечают трудности 17% сельских и более 20% городских работников. По данным вопросам они рекомендуют обращаться к врачу, так как не владеют необходимыми знаниями. По оценке руководителей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), 40% сельского и 40% городского сестринского персонала встречает трудности в проведении профилактической работы и обучении населения ЗОЖ. При этом в городах руководители ЛПУ придают большее значение качественному выполнению данного вида деятельности сестринским персоналом.

Недостаточность знаний в области скорой и неотложной помощи практически одинакова, однако их соотношение у городских и сельских специалистов существенно отличается.

Среди работников городских медицинских учреждений 53% отмечают недостаток знаний по оказанию доврачебной экстренной помощи при несчастных случаях (утопление, удушение и др.); 43% — по оказанию доврачебной помощи при неотложных состояниях в наркологии (алкоголизм, наркомания, токсикомания); 32% — по оказанию экстренной доврачебной помощи пострадавшим при травмах; 26% — при оценке состояния у больных и пострадавших, находящихся в тяжелом и терминальном состоянии, в экстренной ситуации; 29% — по оценке действия лекарственных средств у конкретного пациента, оказанию доврачебной помощи при отравлении.

У сельских медицинских работников тоже не-

достаточно знаний по тем же разделам скорой и неотложной помощи, но на это указывало значительно меньшее число респондентов. Так, 28% отметили недостаток знаний по оказанию доврачебной экстренной помощи при несчастных случаях; 37% — при неотложных состояниях в наркологии; 11% — при травмах, 20% — при оценке состояния у больных и пострадавших, находящихся в тяжелом и терминальном состоянии, по оказанию доврачебной помощи при лекарственном отравлении. Меньшие трудности вызывают вопросы, связанные с определением показаний к госпитализации, проведению транспортировки в стационар и оформлению документации (8—14%).

Более 30% медицинских сестер участковых терапевтов признали недостаток знаний по оказанию доврачебной экстренной помощи при несчастных случаях; 43% медицинских сестер участковых педиатров определяют дефицит знаний по оказанию экстренной доврачебной помощи при травмах. Наибольший недостаток знаний выявлен по оказанию доврачебной помощи при неотложных состояниях в наркологии (62% сестер общей практики, 45% медсестер участковых терапевтов и 43% участковых педиатров). У 43% медицинских сестер участковых педиатров недостаточно знаний в оказании доврачебной помощи при несчастных случаях.

Руководители структурных подразделений ЛПУ отмечают, что сестринский персонал испытывает недостаток знаний и умения при оказании неотложной помощи в экстренных ситуациях на догоспитальном этапе чаще в селе, чем в городах (80 и 50% соответственно). Столь же существенна разница в оценке вероятности возникновения проблем при выполнении диагностических мероприятий работниками среднего звена здравоохранения (на селе 53%, в городах 33%), что можно объяснить разной степенью их участия в проведении диагностических мероприятий в городе и на селе. Более 50% руководителей структурных подразделений ЛПУ считают, что имеются существенные проблемы при проведении реанимационных мероприятий средним медицинским персоналом. Проблемы, возникающие у медицинских работников среднего звена сельских и городских территорий в процессе их деятельности, носят неоднозначный, хотя и однонаправленный, характер.

По мнению 73% руководителей структурных подразделений ЛПУ сельской местности, у сестринского персонала недостаточно знаний по определению объема и последовательности реанимационных мероприятий, оказанию экстренной доврачебной помощи пострадавшим при травмах. При этом только 11% представителей среднего медицинского персонала признали, что у них этих знаний недостаточно.

В городах разрыв между оценкой и самооценкой работы сестринского персонала значительно ниже. Так, 49% руководителей ЛПУ считают, что у специалистов сестринского дела недостаточно знаний по определению объема и последовательности реанимационных мероприятий, 55% — по оказанию экстренной доврачебной помощи пострадавшим при травмах, с этим согласны только 15 и 32% работников среднего звена. На недостаток знаний у сестринского персонала по оценке состояния у больных и пострадавших, находящихся в тяжелом и терминальном состоянии, экстренной ситуации,



указали только 33% сельских и 55% городских руководителей ЛПУ, а также 20 и 26% представителей среднего медицинского персонала соответственно.

Очень существенные различия в оценке своих специальных умений и знаний в области анализа состояния здоровья прикрепленного населения, сбора и оценки оперативной информации об эпидемиологической ситуации, изменении экологической обстановки, а также в вопросах иммунопрофилактики выявлены у работников среднего звена сельского и городского здравоохранения. Наибольшие проблемы возникают у сестринского персонала в городах в вопросах иммунопрофилактики (75%), тогда как только 34% сельских медицинских работников ощущают нехватку знаний в этой области. Дефицит знаний и умения сбора и оценки оперативной информации об эпидемиологической ситуации, изменении экологической обстановки выявлен у 47% медицинских работников города. На селе с этими проблемами сталкиваются только 17% специалистов. У городских специалистов в 2 раза чаще, чем у сельских, не хватает знаний при обучении родственников тяжелобольных методам ухода и первой медицинской помощи.

Руководители ЛПУ отметили недостаток знаний и умения среднего медицинского персонала по таким вопросам, как выделение групп населения с ранними и скрытыми формами заболеваний, факторами риска; оказание содействия в снижении влияния факторов риска на состояние здоровья населения (37%), сбор и оценка оперативной информации об эпидемиологической ситуации, изменении экологической обстановки, уход за тяжелобольными и обучение родственников, первая медицинская помощь (31%).

Однако имеются принципиальные различия в оценке этих знаний и умения между сельскими и городскими руководителями. На недостаток специальных знаний и умения по вопросам ухода и первой медицинской помощи указывают 60% руководителей ЛПУ села. Недостаток умения и знаний при выделении групп населения с ранними и скрытыми формами заболеваний, факторами риска, а также при выполнении лечебных мероприятий, назначенных врачом, отмечают 53%. В условиях города подобные проблемы возникают значительно реже.

По мнению 63% работников среднего звена здравоохранения, при последипломном обучении необходимо особое внимание уделять вопросам иммунопрофилактики, инфекционному контролю и инфекционной безопасности пациентов и медицинского персонала (40%), неотложной помощи детям (44%). Все эти проблемы наиболее остро стоят перед городскими специалистами.

При этом более трети всех специалистов хотели бы глубже изучить правовые основы деятельности, прежде всего это актуально для сестер общей практики (52%) и акушерок (50%). Вопросы инфекционного контроля, инфекционной безопасности необходимы медицинским сестрам участковых терапевтов (67%).

На необходимость дополнительного освещения правовых аспектов деятельности среднего медицинского персонала указали 61%, аспектов оказания помощи на догоспитальном этапе при экстренных неотложных состояниях, в чрезвычайных ситуациях — 59%, инфекционного контроля — 57%,

иммунопрофилактики — 24%. Дефицит знаний по различным разделам работы с учетом оценки структурных подразделений городских и сельских ЛПУ абсолютно одинаковый.

По мнению руководителей ЛПУ, дефицит знаний у сельских специалистов среднего звена выражен более значительно. При этом уровень оценки дефицита знаний руководителями подразделений ЛПУ и самооценки этих знаний самими представителями среднего медицинского персонала практически противоположен как на селе, так и в городе.

Как считают более 40% сестринского персонала, в подготовку специалиста для ПМСП необходимо включить углубленное изучение сестринского дела, вопросы психологии, а также права.

Что же касается, например, знаний в области культурологии, этики, социологии и педагогики, то они, по мнению респондентов, нужны им в меньшей степени.

Наибольшую актуальность представляет изучение правового обеспечения профессиональной деятельности для медсестер участковых терапевтов (61%), медсестер участковых педиатров (67%) и фельдшеров ФАП (61%). Изучение психологии считают необходимым 23% медсестер участковых педиатров и 19% сестер общей практики.

Для улучшения учебного процесса большинство работников среднего звена здравоохранения (94,57% в городе и 69% на селе) полагают необходимым увеличить количество часов на практическое обучение. При этом увеличить количество часов на изучение клинических дисциплин (19,6—22,5%) и уменьшить — на теоретическое обучение (11,2—19,6%).

По мнению руководителей подразделений ЛПУ, наиболее актуально изучение вопросов по оказанию неотложной помощи больным и пострадавшим на доврачебном этапе (63%), аспектов ухода за больными (57%) и вопросов права (43%).

Необходимо отметить, что 40% сельских руководителей признают весьма актуальным углубленное изучение сестринского дела, тогда как среди городских руководителей на это указывают только 21%. По мнению 51% руководителей ЛПУ, при подготовке и переподготовке медицинских работников среднего звена необходимо увеличить количество часов на изучение клинических дисциплин. 84% руководителей считают необходимым увеличить количество часов на практическое обучение, 61% — уменьшить количество часов на изучение основ сестринского дела, при этом мнения сельских и городских руководителей совпадают.

В связи с этим следует отметить, что для повышения квалификационного и профессионального уровня работников среднего звена здравоохранения необходимо обучение свободному владению компьютерной техникой не только всех студентов медицинских колледжей с отметкой об этом в дипломе, но и на дополнительных курсах уже работающих представителей среднего медицинского персонала. С целью сохранения полученных знаний и навыков необходима компьютеризация всех первоврачебных участков с четким выполнением учета обратившихся, назначенного лечения, выполненных процедур и

отчетности. Это потребует доступа к сети интернет во всех районах Оренбургской области. Следует отметить, что, вероятно, из-за того, что городские специалисты лучше, чем сельские, оснащены компьютерной техникой, они и более свободно, чем те, владеют ею.

Таким образом, необходимо совершенствование содержания и качества подготовки специалистов сестринского дела, которое должно соответствовать кадровым запросам здравоохранения, а также способствовать повышению мобильности специалистов со средним медицинским образованием.

1. Двойников С. И. // Глав. мед. сестра. — М., 2009. — № 6. — С. 21—24.
2. Кучеренко В. З. // Сестринское дело. — М., 2008. — № 3. — С. 3.
3. Лебедев А. А., Лебедева И. В. // Нац. проекты. — 2008. — № 1/2 (20/21). — С. 62—65.
4. Лисицын Ю. П. // Обществ. здоровье и здравоохран. — 2008. — № 3. — С. 3—7.
5. Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации до 2012 г. // www.government.ru
6. Перфильева Г. М. // Мед. помощь. — М., 1996. — № 8. — С. 7—9.
7. Стародубов В. И. // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. — 1999. — № 3. — С. 3—7.

Поступила 07.04.10

## Из опыта организатора здравоохранения

© А. В. БЕЛОСТОЦКИЙ, 2010

УДК 614.2:616-082

А. В. Белостоцкий

### ОПЫТ СТАНОВЛЕНИЯ ЦЕНТРА ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Городская больница № 55 г. Москвы

*В статье представлены результаты сравнительного анализа основных показателей деятельности ФГУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Росздрава (г. Пенза) за 2008 и 2009 гг. Обращено внимание на существенное увеличение объемов деятельности Центра в 2009 г. после завершения начатого в 2008 г. этапа организационных преобразований, связанных с расширением и переоснащением учреждения в соответствии с возложенными на него задачами по оказанию населению высокотехнологичной кардиохирургической помощи.*

**Ключевые слова:** ресурсное переоснащение, высокотехнологичная медицинская помощь, интенсификация, организационные преобразования

#### THE EXPERIENCE OF DEVELOPMENT OF HI-TECH MEDICAL CARE CENTER

A.V. Belostotsky

*The article deals with the results of comparative analysis of main indicators of functioning of the Penza federal center of cardio-vascular surgery in 2008 and 2009. The focus in analysis is made on the significant increase of center capacity in 2009 after the finalization of management reorganization which provided the institution with high-tech medical equipment.*

**Key words:** Resource retrofitting, hi-tech medical care, intensification, management reorganization

Резко изменившиеся за последние два десятилетия социально-экономические условия в Российской Федерации негативно отразились на состоянии системы здравоохранения, а также на состоянии здоровья населения, в структуре заболеваемости которого сердечно-сосудистые болезни занимают одно из ведущих ранговых мест.

Наряду со значительной распространенностью, эти заболевания характеризуются тяжестью последствий и высокой вероятностью пессимистических прогнозов в отношении состояния здоровья больных.

Возросшая интенсивность ритма жизни, экономическая нестабильность и отсутствие уверенности в жизненных перспективах обусловили увеличение частоты возникновения стрессовых ситуаций и эмоциональных перегрузок, являющихся наиболее значимыми факторами риска для развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Учитывая тяжесть последствий, а также социальную значимость, обусловленную тем, что в структуре причин смертности населения болезни системы кровообращения занимают первое ранговое место, вопросы своевременной диагностики и лечения этих заболеваний приобретают особую актуальность.

Значительная часть больных с сердечно-сосудистой патологией нуждаются в кардиохирургической стационарной помощи, относящейся к категории высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), качественное оказание которой связано с применением высоких медицинских технологий (ВМТ).

Повышение доступности для населения Российской Федерации ВМП является одной из основных задач современной государственной политики в сфере здравоохранения, а также одним из направлений приоритетного национального проекта "Здоровье" [3].

По данным Минздравсоцразвития России, по-

А. В. Белостоцкий — канд. мед. наук, гл. врач (952-90-22)

Таблица 1

**Основные показатели деятельности коечного фонда стационара Центра**

Показатель, койко-дни	Кардиохирургические койки	
	2008 г.	2009 г.
Занятость	115,9	215,5
Оборот	11,4	22,6
Пребывание	10,2	9,5
Простой	21,9	6,7

требность населения Российской Федерации в ВМП удовлетворяется только на 25%.

Повысить уровень доступности для населения этого вида медицинской помощи в рамках реформирования здравоохранения [1] планируется путем увеличения объемов ВМП, оказываемой за счет средств федерального бюджета, увеличения числа медицинских учреждений, являющихся исполнителями государственного задания на оказание ВМП, а также строительства новых федеральных центров, в достаточной степени оснащенных и способных использовать в своей деятельности ВМП.

ФГУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Росздрава (Пенза; далее Центр) создан на основании распоряжения Правительства Российской Федерации от 14 декабря 2007 г. № 1823-р, в соответствии с которым предметом и целями деятельности учреждения определены предоставление ВМП в рамках выполнения государственного задания, а также разработка и внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения в области медицины высоких технологий с учетом профиля учреждения.

Успешное развитие и совершенствование деятельности центров ВМП зависят от адекватности финансирования, степени необходимого ресурсного обеспечения, уровня рациональности применяемых форм организации и управления, а также от эффективности использования имеющегося потенциала.

Наиболее сложным этапом становления центров ВМП является организация начальной стадии развития, связанной с привлечением достаточного количества специалистов надлежащей квалификации, оснащением необходимым медицинским оборудованием и адаптацией к нему работающего персонала, разработкой и внедрением современных форм управления и стимулирующей системы оплаты труда сотрудников.

Учитывая сложность первоначального этапа и его влияние на функционирование созданного медицинского учреждения, научный интерес представляет проведение сравнительного анализа основных показателей деятельности Центра в период становления и начала развития в 2008 г. и в последующем периоде стабилизации в 2009 г.

Наиболее важным направлением деятельности Центра является организация и оказание квалифицированной кардиохирургической больницы помощи населению Российской Федерации на основе применения ВМП и современных научно-практических достижений медицины.

Представленные в табл. 1 данные свидетельствуют о крайне низких показателях занятости коечного фонда и оборота койки наряду с высокими

показателями простоя коек в 2008 г. Как указывалось выше, это в значительной степени связано с организационными недостатками, обусловленными начатым в этот период расширением и переоснащением Центра в соответствии с возложенными на него задачами по развитию и совершенствованию кардиохирургической помощи населению РФ на основе применения ВМП.

Вместе с тем существенное увеличение показателя занятости коек и оборота койки, а также уменьшение простоя коек и средней длительности пребывания пациентов на кардиохирургических койках в 2009 г. являются практическим подтверждением интенсификации использования коечного фонда и свидетельствуют о завершении основного этапа организационных преобразований и переоснащения Центра.

Анализ представленных в табл. 2 данных показал, что в 2009 г. выполнено значительно больше операций, чем в 2008 г.; за 2008 г. в Центре было проведено 636 хирургических операций, из них 615 (96,7%) на сердце; за 2009 г. проведено 3176 операций, из них 2882 (90,7%) на сердце.

Средние показатели послеоперационной смертности, составившие 0,94% в 2008 г. и 1,42% в 2009 г., соответствуют аналогичным показателям по статистическим отчетным данным крупных европейских клиник. Причиной смерти во всех случаях явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, обусловленная исходной тяжестью заболеваний умерших пациентов.

Одним из основных направлений деятельности Центра является амбулаторно-поликлиническое обслуживание граждан Российской Федерации.

Представленные в табл. 3 данные свидетельствуют о том, что число посещений всех врачей в 2009 г. было значительно выше, чем в 2008 г.

Самый большой объем амбулаторно-поликлинических приемов пациентов зарегистрирован у врачей-кардиологов, на долю которых приходится 42,0% всех посещений в 2008 г. и 38,5% в 2009 г.

Второе ранговое место занимает посещаемость врачей-терапевтов, которая составила 13,6% всех приемов в 2008 г. и 10,6% в 2009 г.

Третье и четвертое ранговые места в 2008 г. заняли врачи-неврологи и врачи-педиатры, посещаемость которых составила соответственно 10,2 и 9,4%. В 2009 г. эти ранговые места заняли врачи-педиатры и врачи-урологи, на долю которых пришлось соответственно 10,4 и 8,7% всех посещений.

Таким образом, структура объемов амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной различными специалистами в 2008 и 2009 гг., является

Таблица 2

**Показатели хирургической деятельности Центра**

Вид операции	2008 г.			2009 г.		
	Число операций	Число умерших после операции	Летальность, %	Число операций	Число умерших после операции	Летальность, %
Всего операций	636	6	0,94	3176	45	1,42
В том числе:						
на сердце	615	6	0,98	2882	35	1,21
на сосудах	9	—	—	228	10	4,39
прочие операции	12	—	—	66	—	—

Таблица 3

**Показатели, характеризующие деятельность  
амбулаторно-поликлинического подразделения Центра**

Врачи	2008 г.		2009 г.	
	Количество посещений		Количество посещений	
	абс.	%	абс.	%
Терапевты	1130	13,6	2659	10,6
Кардиологи	3510	42,0	9698	38,5
Эндокринологи	286	3,4	1196	4,5
Сердечно-сосудистые хирурги	—	—	1336	5,2
Урологи	761	9,1	2031	8,7
Акушеры-гинекологи	340	4,1	1597	6,3
Педиатры	787	9,4	2648	10,4
Офтальмологи	543	6,5	741	2,9
Оториноларингологи	140	1,7	1128	4,5
Неврологи	854	10,2	2107	8,4
Всего...	8351	100,0	25 141	100,0

практически одинаковой, а существенное увеличение этих объемов в 2009 г. обусловлено расширением Центра и соответствующим ростом численности сотрудников и занимаемых штатных должностей.

Среди многообразия практических и организационных вопросов развития и совершенствования здравоохранения одним из наиболее важных является оптимизация диагностической службы, успешная деятельность которой служит основой для принятия обоснованных решений, касающихся выбора необходимых лечебно-профилактических мероприятий [2].

Своевременная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний на ранней стадии развития и формирование групп пациентов с наличием факторов риска возникновения этих болезней приобретает особую значимость.

Данные, представленные в табл. 4, свидетельствуют о том, что количество медицинского оборудования, используемого в диагностических подразделениях Центра, увеличилось в 1,5 раза — с 75 единиц в 2008 г. до 114 единиц в 2009 г. Наиболее существенно (в 2,5 раза) увеличилось количество оборудования в подразделении функциональной диагностики — с 20 единиц в 2008 г. до 50 единиц в 2009 г.

Рентгенодиагностическая работа в Центре в 2008 г. осуществлялась при использовании шести аппаратов, с помощью которых за отчетный период было проведено 3800 исследований; в 2009 г. при использовании семи аппаратов было проведено 13 772 исследования. Нагрузка на рентгеновское оборудование составила в среднем за 2008 г. 633 исследования на 1 аппарат. В 2009 г. наблюдается существенная интенсификация использования оборудования: средняя нагрузка возрастает более чем в 3 раза и составляет 1960 исследований на 1 аппарат.

В арсенале ультразвуковой диагностики в 2008 г. имелось 6 аппаратов, с помощью которых было проведено 8677 исследований; в 2009 г. при использовании семи аппаратов было выполнено 30 108 исследований.

Нагрузка на 1 аппарат УЗИ в среднем за 2008 г.

составила 1446 исследований; в 2009 г. нагрузка выросла почти в 3 раза и составила 3345 исследований на 1 аппарат.

В Центре имеется один магнитно-резонансный томограф, с помощью которого в 2008 г. было осуществлено 561 исследование; в 2009 г. число исследований увеличилось в 1,8 раза и достигло 987.

В 2008 г. в эндоскопическом подразделении Центра было 6 аппаратов, проведено 407 исследований; в 2009 г. при использовании 9 аппаратов было выполнено 1546 исследований. Средняя нагрузка составила 68 исследований на 1 аппарат в 2008 г. и 172 исследования в 2009 г.

Лабораторная диагностика в Центре в 2008 г. осуществлялась с помощью 36 различных единиц лабораторного оборудования и было проведено 16 512 исследований; в 2009 г. количество оборудования практически не увеличилось (38 единиц), а число проведенных исследований выросло почти в 6 раз и составило 980 672 исследования. Соответственно и средняя нагрузка на лабораторное оборудование пропорционально возросла: с 4600 исследований в 2008 г. до 25 807 исследований в 2009 г.

Подразделения функциональной диагностики Центра имели в своем арсенале в 2008 г. 20 аппаратов, с помощью которых было осуществлено 2765 исследований; в 2009 г. при использовании 50 единиц соответствующего оборудования было проведено 31 306 исследований.

Средняя рабочая нагрузка на оборудование подразделений функциональной диагностики составила в 2008 г. 138 исследований, а в 2009 г. она увеличилась в 4,5 раза и составила 626 исследований на 1 аппарат.

Проведенный анализ динамики показателей деятельности диагностических подразделений Центра и уровня их оснащенности диагностическим оборудованием в 2008 и 2009 гг. свидетельствует о том, что на фоне незначительного увеличения численности диагностического оборудования наблюдается резкое увеличение интенсивности использования этого оборудования, что обусловлено, как указывалось выше, развитием и расширением Центра в соответствии с поставленными целями и задачами.

Таким образом, начальный этап реорганизации и переоснащения Центра в 2008 г. характеризовался организационными трудностями, негативно отразившимися на всех аспектах деятельности учре-

Таблица 4

**Показатели, характеризующие работу диагностических подразделений Центра**

Диагностическое подразделение или вид диагностики	2008 г.		2009 г.	
	Число аппаратов	Число обследований	Число аппаратов	Число обследований
Рентгенодиагностика	6	3 800	7	13 722
УЗИ	6	8 677	9	30 108
Магнитно-резонансная томография	1	561	1	987
Эндоскопия	6	407	9	1 546
Лаборатория	36	165 612	38	980 672
Функциональная диагностика	20	2 765	50	31 306
Всего...	75	181 822	114	1 058 341

Вместе с тем проведенный анализ динамики показателей функционирования Центра позволяет сделать вывод о том, что основной этап преобразований завершен и, несмотря на существующие проблемы бюджетного финансирования, учреждение находится в стадии успешного развития и интенсификации использования имеющихся ресурсов.

1. Кучеренко В. З., Татарников М. А., Шамигурина Н. Г. // Экономика здравоохранения. — 2005. — № 8 (96). — С. 11—19.
2. Методические рекомендации МЗиСР Российской Федерации "Диагностическая служба, варианты реструктуризации и пути повышения диагностической эффективности". — М., 2006.
3. Хальфин Р. А. // Экономика здравоохранения. — 2007. — № 11. — С. 45—50.

Поступила 09.08.10

## История медицины

© А. М. СТОЧИК, С. Н. ЗАТРАВКИН, 2010

УДК 612.01:93

А. М. Сточик, С. Н. Затравкин

### НАУЧНЫЕ РЕВОЛЮЦИИ В МЕДИЦИНЕ XVII—XIX ВЕКОВ: ОПРОВЕРЖЕНИЕ ГАЛЕНИЗМА И ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНЫХ ОСНОВ МЕДИЦИНЫ. Сообщение 2. Возникновение представлений об обмене веществ и клетке как элементарной единице жизни<sup>1</sup>

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова; НИИ истории медицины РАМН, Москва

*Настоящее сообщение посвящено истории изучения проблемы предназначения дыхания в ходе первой и второй научных революций, возникновению и развитию представлений об обмене веществ и клетке как элементарной единице жизни, формированию основных положений клеточной теории.*

Ключевые слова: дыхание, флогистон, химия, обмен веществ и энергии, клеточная теория

THE SCIENTIFIC REVOLUTIONS IN MEDICINE (XVII-FIRST HALF OF XIX CENTURIES).  
REPORT II: THE ORIGINS OF CONCEPTIONS ABOUT METABOLISM AND CELL AS AN  
ELEMENTAL UNIT OF LIFE

А. М. Stochik, S. N. Zatravkin.

*The investigation of the state and development of medicine in XVII-first half of XIX centuries permitted to come to the conclusion that despite the widespread opinion among the historians of medicine in that historical period two scientific revolutions occurred in the area of theoretical medicine too. The actual report is devoted to the history of development of concepts relating to the human body metabolism issues and to acknowledgment of the biological cell as a elemental unit of life.*

Key words: scientific revolution, medicine, cell, metabolism

Во второй половине XVII века наибольшую актуальность приобрела проблема дыхания, поскольку вне учения Галена оставалось совершенно непонятым физиологическое предназначение этого важнейшего акта жизнедеятельности.<sup>1</sup>

Первыми к ее опытно-экспериментальной разработке приступили ученые так называемой оксфордской научной группы, работавшей под руководством выдающегося естествоиспытателя XVII столетия, химика, физика, доктора медицины Роберта Бойля (Robert Boyle, 1627—1691). В состав группы входили естествоиспытатель Роберт Гук (Robert Hooke, 1635—1703); врач, статистик и экономист Уильям Петти (William Petty, 1623—1687); архитектор и астроном Кристофер Рэн (С. Wren, 1632—1723); врачи: будущий выдающийся философ Джон Локк (John Locke, 1632—1704), Томас Уиллис (Thomas Willis, 1621—1675), Ричард Лоуэр (R. Lower, 1631—1691), Джон Мэйо (John Mayow, 1643—1679).

Отправной точкой для изучения проблем дыхания послужило исследование, экспериментально доказавшее существование

давления воздуха, его упругости и удельного веса, способности поддерживать горение и проводить звук (Э. Торичелли, О. фон Герике и Р. Бойль) [12]. В 1667 г. Гук провел серию экспериментов по искусственной вентиляции легких на собаках, которые наглядно продемонстрировали, что для поддержания жизни необходимо не движение легких, как полагали древние, а смена в них воздуха. Лоуэр, используя экспериментальную модель Гука, установил, что темная венозная кровь приобретает ярко-красный цвет не в сердце, а именно в легких, причем только в том случае, если в них происходит смена воздуха. Когда же искусственное дыхание прерывалось, цвет крови оставался неизменным. Продолжая исследования Лоуэра, Мэйо разработал достаточно сложный эксперимент, с помощью которого доказал, что при дыхании в кровь поступает не воздух, а его "определенная составная часть", названная им "азотистым духом". По данным Мэйо, именно эта часть воздуха вызвала изменение цвета крови, циркулирующей в легких, вступала в реакцию с горючими веществами при горении и дыхании и была, таким образом, в равной мере необходима как для горения, так и для жизни [11, 16].

Оксфордская научная группа очень близко подошла к решению проблемы дыхания. Была обнаружена связь между дыханием и горением, показано влияние воздуха на изменение свойств крови и даже установлено, что кровь "забирает не весь воздух, а лишь определенное вещество", которое как раз и необходимо для горения и жизни. Однако для окончательного решения вопроса о предназначении дыхания с естественнонаучных позиций требовался качественно иной уровень развития экспериментальной химии, которая в 60-х годах XVII века только заро-

Сточик А. М. — акад. РАМН, д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр.; Затравкин С. Н. — д-р мед. наук, проф., зав. отделом истории медицины (zatravkine@mail.ru).

<sup>1</sup>Сообщение 1 см.: Проблемы соц. гиг., здравоохранения и истории мед. — 2010. — № 5. — С. 53—57.

ждалась.

Зарождение научной химии справедливо связывают с именем Бойля. Именно он первым заявил, что "химия достойна изучения с точки зрения ее собственных целей", а не потому, что она приносит существенную пользу медицине или алхимии; внедрил в практику химических исследований строгий экспериментальный метод. Именно он экспериментально доказал несостоятельность концепции ограниченного числа "универсальных элементов", из которых будто бы состоят все без исключения тела (четыре элемента-стихии Аристотеля, три начала алхимиков), ввел ясное понятие о химическом элементе и был проницательным, высказав догадку, что истинные элементы будут найдены при последовательном разложении тел [13].

Следующим шагом на пути становления научной химии и одновременно основной движущей силой развития учения об элементах стала теория флогистона, сформулированная в 1703 г. немецким врачом и химиком Георгом Эрнстом Шталем (Georg Ernst Stahl, 1659—1734). Первоначально эта теория была создана исключительно для рационального объяснения феноменов, возникающих в процессе обжига и плавки металлов, совершенно необъяснимых ни с позиций Аристотеля, ни на основе алхимических представлений о горении.

Суть теории сводилась к тому, что все горючие тела содержат особую материальную субстанцию — флогистон. Горение представляет собой разложение тела с выделением флогистона, который рассеивается в воздухе. Видимый огонь представляет собой не что иное, как вихреобразные движения выделяющегося из горящего тела флогистона. Последний всегда находится в сочетании с другими веществами. Извлекать флогистон из воздуха способны лишь растения. Чем легче горит вещество, тем больше в нем флогистона.

Основанная исключительно на экспериментальных данных, внутренне непротиворечивая, обладающая прогностическими возможностями, теория флогистона почти сразу завоевала себе множество сторонников и со временем была распространена на любые процессы горения. При этом тождество флогистона во всех горючих телах было обосновано Шталем также сугубо экспериментально: уголь одинаково восстанавливал и серную кислоту в серу, и руду в металл. Дыхание и ржавление железа, по мнению последователей Штала, представляли собой тот же процесс разложения содержащих флогистон тел, но протекавший медленнее, чем горение [1, 13].

Теории флогистона было суждено сыграть особую и во многом уникальную роль в истории изучения дыхания. Едва появившись, она полностью опровергла индуктивный вывод Мэйо о существовании в воздухе особого вещества, необходимого для жизни и горения. Однако по мере того как теория завоевывала признание химиков и медиков<sup>2</sup>, именно ее приверженцы шаг за шагом приближали момент триумфа идей Мэйо. Стремясь выделить "неуловимый флогистон" и тем самым доказать справедливость теории, ее сторонники не только заложили основы количественного анализа сложных тел, но и совершили ряд важнейших открытий в области изучения газов и газообразных продуктов горения, которые как раз и послужили доказательствами правоты Мэйо, а заодно позволили опровергнуть саму теорию флогистона.

В 1766 г. Генри Кавендиш (Henry Cavendish, 1731—1810) открыл водород и углекислый газ; в 1772 г. Даниил Резерфорд — азот. В 1771 г. Карл Вильгельм Шееле (Carl Wilhelm Scheele, 1742—1786) и в 1774 г. Джозеф Пристли (Joseph Priestley, 1733—1804) независимо друг от друга получили кислород. Шееле полагал, что выделенный им газ является "кислой тонкой материей, соединенной с флогистоном". Пристли, напротив, считал, что этот газ представляет собой воздух, абсолютно лишенный флогистона, вследствие чего в этом "дефлогистированном (чистом) воздухе" горение идет лучше, чем в обычном [13].

Дать истинную оценку открытию, сделанного Шееле и Пристли, смог только великий французский химик Антуан Лоран Лавуазье (Antoine Laurent Lavoisier, 1743—1794). В 1774 г. Пристли посетил Париж и рассказал Лавуазье об открытом им "дефлогистированном (чистом) воздухе". Лавуазье повторил его опыты, провел серию собственных экспериментальных исследований с "дефлогистированным (чистым) воздухом" и пришел к выводу, что при горении происходит не разложение тел с выделением флогистона, а присоединение к телам этого самого "чистого воздуха", т. е. кислорода<sup>3</sup>.

<sup>2</sup>По данным литературы, в первой половине XVIII в. некоторые врачи, в числе которых называют Г. Бургава, И. Гауба, А. Галлера, не приняли теорию флогистона и рассматривали проблему дыхания с позиций Мэйо.

<sup>3</sup>Термин "кислород" ("oxxygenium" — рождающий кислоты) был предложен Лавуазье позднее, в 1787 г., в работе "Общее рассмотрение природы кислот и принципов их соединения".

Продолжив исследования, Лавуазье в 1777 г. сформулировал основные положения кислородной теории горения: тела горят только в "чистом воздухе"; "чистый воздух" поглощается при горении, и увеличение массы сгоревшего тела равно уменьшению массы воздуха; металлы при прокаливании превращаются в "земли" (окислы), сера или фосфор, соединяясь с "чистым воздухом", превращаются в кислоты. Поскольку, подобно сторонникам теории флогистона, Лавуазье считал дыхание "медленным горением", его кислородная теория горения не могла обойти стороной проблему дыхания. 3 мая 1777 г. он выступил в Парижской академии наук с докладом "Опыты над дыханием животных и об изменениях, которые совершаются в воздухе, проходящем через легкие", в котором представил неопровержимые экспериментальные доказательства того, что в процессе дыхания кровью из воздуха поглощается кислород и выделяется углекислый газ [6]. Гипотеза Мэйо оказалась, таким образом, полностью доказанной.

К вопросу о значении совершенных Лавуазье открытий мы еще вернемся. Сейчас лишь отметим, что кислородной теории горения и дыхания было суждено сыграть неоценимую роль в истории не только медицины, но и химии. Отказ от теории флогистона потребовал пересмотра всех основных принципов и понятий химии, изменения терминологии и номенклатуры веществ. Поэтому с создания кислородной теории начался переломный этап в развитии химии, названный "химической революцией".

В 1785—1787 г. Лавуазье совместно с Клодом Луи Бертолле (Claude Louis Berthollet, 1748—1822), Луи Бернар Гитон де Морво (Guyton de Morveau, 1737—1816) и Антуаном Франсуа де Фуркруа (Antoine Francois de Fourcroy, 1755—1809) по поручению Парижской академии наук разработал новую систему химической номенклатуры. Логика новой номенклатуры предполагала построение названия вещества по названиям тех элементов, из которых вещество состоит. Основные принципы этой номенклатуры используются до настоящего времени. В 1789 г. Лавуазье издал свой знаменитый учебник "Элементарный курс химии", целиком основанный на кислородной теории горения и новой химической номенклатуре [13]. Появление этого курса, по мнению самого Лавуазье, и ознаменовало "химическую революцию", которая состояла в полной рационализации химии, окончательном отказе от традиционных натурфилософских и алхимических представлений о природе веществ и их свойств. После "революции" Лавуазье химия вступила в период количественных законов, в котором была создана и развита новая концепция химического элемента.

Эти же события стали точкой отсчета второй глобальной научной революции, когда в результате выдающихся достижений в химии, физике, биологии и на стыке этих наук были осуществлены крупные научные прорывы, которые привнесли в естествознание новые представления об универсальных законах Природы, принципиально новые инструменты и методы познания. В частности, в конце XVIII—первой половине XIX столетия удалось установить и раскрыть механизмы связи между веществом, теплотой и работой, изучить микроскопическое строение клетки и создать клеточную теорию.

Отправной точкой изучения связей между веществом, работой и теплотой послужили исследования Лавуазье. Совместно с крупнейшим французским математиком Пьером Симоном Лапласом (Pierre Simon Laplace, 1749—1827) он попытался ответить на вопрос о роли кислорода в жизнедеятельности организма человека и животных. Усовершенствовал ледяной калориметр, Лавуазье и Лаплас в 1782—1784 гг. измерили количество теплоты, выделившейся при окислении кислородом пищи животного, и количество теплоты, выделенной морской свинкой при дыхании. Количества теплоты, отнесенные к единице массы двуокиси углерода, образовавшейся при окислении пищи в одном случае и выдохнутой морской свинкой — в другом случае, оказались одного порядка. Примерное совпадение этих значений позволило Лавуазье сделать вывод: кислород обеспечивает "медленное сгорание" различных веществ в теле животных, что в свою очередь служит целям поддержания "животной теплоты". "Дыхание, — писал Лавуазье, — есть особый вид горения веществ в животном теле, составляющий главный источник животной теплоты". Причиной горения Лавуазье считал "сродство кислорода к недостаточно насыщенным им веществам тела". Главным местом окислительных процессов он назвал кровь [15].

Работы Лавуазье и Лапласа, впервые связавшие "животную теплоту" и обмен веществ, вызвали значительный интерес и поставили перед естествоиспытателями закономерный вопрос о том, какие именно вещества "сгорают" под влиянием кислорода в организме человека и животных. Попытки дать на него ответ послужили одним из основных стимулов для разрывавшихся в конце XVIII—первой трети XIX в. исследований, направленных на изучение химического состава человеческого тела, его выделений и потребляемых пищевых продуктов методами научной

химии. В этой работе приняли участие крупнейшие химики и врачи того времени — Шееле, Конради (J. Conradi), Фуркруа, Мишель Шеврель (Michel Eugene Chevreul, 1786—1889), Йенс Якоб Берцелиус (Jons Jakob Berzelius, 1779—1848), Джон Дальтон (John Dalton, 1766—1844), Геррит Ян Мульдер (1802—1880), Фридрих Вёлер (Friedrich Wöhler, 1800—1882), Луи Никола Воклен (Vauquelin, 1763—1829), Жозеф Луи Гей-Люссак (Joseph Louis Gay-Lussac, 1778—1850), Юстус Либих (Justus von Liebig, 1803—1873) и др.

Было установлено, что "организованная субстанция" человеческого тела и тел животных "почти целиком" состоит из особых органических веществ<sup>4</sup>, получивших название белков. Впервые термин "белковый" (albumineise), правда применительно к жидкостям животного организма, использовал французский врач Франсуа Кенэ (F. Quesnay, 1649—1774) в 1747 г., и именно в таком толковании термин вошел в 1751 г. в "Энциклопедию" Дидро и Д'Аламбера. В 80-х годах XVIII столетия в результате исследований Фуркруа, обнаружившего общее свойство всех белков коагулировать (денатурировать) под воздействием нагревания или кислот, белки стали рассматривать как индивидуальные вещества и выделили их в отдельный класс биологических молекул. Для трех главных белковых компонентов крови Фуркруа предложил названия "альбумин", "желатин" и "фибрин". В 1803 г. основоположник учения о молекулярно-атомистическом строении вещества Дальтон установил, что все белки представляют собой азотсодержащие соединения, а Гей-Люссак в 1810 г. на основе химического анализа отметил сходство их элементарного состава. Решающее значение для понимания химической природы белков имело выделение при их гидролизе аминокислот. В 1806 г. Воклен открыл аспарагин, чуть позже Жозеф Луи Пруст (J. Proust, 1754—1826) получил лейцин, а в 1820 г. А. Браконно (H. Bracconnot) выделил глицин.

В 1836 г. благодаря усилиям голландского химика Мульдера возникла первая научная концепция строения белков. Основываясь на теории радикалов, он сформулировал понятие о минимальной структурной единице, входящей в состав белков, и назвал ее протеином<sup>5</sup>. Работы Мульдера позволили доказать единство всех белков и их фундаментальное значение в мире живой природы. В том же 1836 г. выдающийся французский физиолог Франсуа Мажанди (François Magendie, 1783—1855) экспериментально доказал, что жизнь человека и животных "не может быть поддержана пищей, лишенной белков".

Кроме белков, в составе потребляемой человеком пищи были обнаружены также жиры и углеводы (сахара, крахмал, целлюлоза). В 1791 г. российский химик Т. Е. Ловиц (1757—1804) из меда выделил глюкозу и фруктозу. В 1823 г. французский химик Шеврель опубликовал основательный труд по химии жиров, в котором обобщил многочисленные результаты химического анализа жиров, объяснив процесс их омыления, выделил различные жирные кислоты [3].

Сопоставление этих данных с результатами химического анализа выделений человеческого организма позволило в 30-х годах XIX в. сформулировать представление о том, что основным субстратом окислительных процессов под влиянием вдыхаемого кислорода являются сложные органические соединения (белки, жиры, углеводы), которые в процессе окисления превращаются во все более простые вещества, в конечном счете выходящие из тела с мочой, калом и выдыхаемым воздухом.

Индуктивный вывод Лавуазье и Лапласа получал все новые экспериментальные и теоретические подтверждения, обрастал конкретными данными, но обмен веществ по-прежнему увязывался только с одним проявлением жизнедеятельности организма человека и животных — с "животной теплотой". Осознание подлинного предназначения обмена веществ выпало на долю великого немецкого ученого и врача, обладавшего необыкновенной интуицией и воображением, — Юлиуса Майера (Julius Robert von Mayer, 1814—1878).

В 1840—1841 гг. в качестве судебного врача он принял участие в экспедиции на остров Ява. Исполняя свои непосредственные обязанности, он производил кровопускания заболевшим матросам и с удивлением обнаружил, что после прибытия на остров у них сильно изменился цвет венозной крови. Она стала настолько похожа на артериальную, что Майер даже испугался, что по ошибке надрезал артерию. Объяснение случившемуся нашлось очень быстро: вследствие высокой температуры, характерной для тропического климата, организму требовалось вы-

рабатывать меньше теплоты для покрытия ее потерь, чем при более низкой температуре в Европе. Поэтому в условиях тропиков "кровью потреблялось меньшее количество кислорода, и менее окисленная венозная кровь, таким образом, стала почти похожа на артериальную".

Принципиальная возможность выделения организмом различного количества теплоты за счет "потребления кровью" большего или меньшего количества кислорода (т. е. в результате окисления большего или меньшего количества органических веществ) поразила Майера. У него возник вопрос, может ли измениться количество выделяемого организмом тепла при одном и том же количестве окисляемого вещества. Его дальнейшие наблюдения и остроумнейшие умозаключения привели к однозачному выводу — может и обязательно изменится (уменьшится), если организм будет одновременно совершать физическую работу. "Часть тепла, возникающего от происходящих в капиллярах мускулов окислительных процессов, — писал Майер, — становится при деятельности мышц затраченной, и эта затрата пропорциональна произведенному механическому эффекту" [9]. Он даже рассчитал зависимость между количеством теплоты и механической работы, получившую в физике название "механического эквивалента теплоты". Прямым следствием этих рассуждений и расчетов стало формулирование Майером в 1841 г. одного из всеобщих законов Природы — закона сохранения и превращения энергии<sup>6</sup>. Этот закон спустя всего 3 года получил экспериментальное подтверждение в исследованиях английского ученого Джеймса Джоуля (James Prescott Joule, 1818—1889), а в 1847 г. — математическое обоснование в работах выдающегося немецкого врача и физиолога Германа Гельмгольца (Hermann von Helmholtz, 1821—1894) [12].

Значение открытия Майера для понимания сущности процессов жизнедеятельности трудно переоценить. Он был первым, кто напрямую связал обмен веществ не только с образованием теплоты, но и с работой мышц. Он был первым, кто показал, что оба эти проявления жизнедеятельности обязаны своим происхождением одному и тому же источнику — окисленному в организме органическому веществу.

В 1842 г. вышла в свет знаменитая работа Либиха "Органическая химия в ее приложениях к физиологии и патологии", в которой идея Майера о взаимосвязи обмена веществ, "животной теплоты" и выполняемой организмом работы получила дальнейшее развитие. Собрав и систематизировав весь накопленный наукой к началу 40-х годов XIX века материал из области физической, органической и физиологической химии, Либих пришел к убеждению, что не только мышечная работа, но и все без исключения проявления жизнедеятельности организма происходят благодаря энергии, выделяемой при окислении сложных органических соединений. При этом он полагал, что основным субстратом окислительных процессов, обеспечивающих функционирование органов, служит не потребляемая организмом пища, а белки самих работающих органов. Согласно предложенной им теории, жиры и углеводы не принимают участия "в построении организованной субстанции тела", окисляются кислородом в первую очередь и служат исключительно для образования "животной теплоты". Что же касается белков пищи, то они не окисляются вовсе, а идут целиком на замену разрушенных при окислении собственных белков тела человека, т. е. служат целям "пластических процессов" [15].

Эта теория вызвала бурный протест Майера, который категорически отверг принципиальную возможность чрезвычайной разрушаемости "организованного живого вещества". Он полагал, что "организованное вещество" выполняет преимущественно роль трансформатора энергии, оставляя само по себе относительно устойчивым. "Безусловно, нельзя отрицать снашивание органов, — писал Майер в изданной им в 1845 г. брошюре "Об органическом движении в его связи с обменом веществ", — но это вопрос самостоятельный. И в паровых машинах снашивание происходит ежедневно и ежечасно, но нельзя же ставить на одну доску материалы, нужные для покоинко, с затратой угля" [15]. Майера поддержали и другие естествоиспытатели, исследования которых в области изучения белкового обмена входили в противоречие с теорией Либиха (Дюма, Реньо, Рейзе, Биддер, Шмидт, Бишофф).

В начале 50-х годов XIX века индуктивная гипотеза Майера получила дополнительное подкрепление в результате исследований ученых так называемой мюнхенской школы и, в частно-

<sup>4</sup>Вещества, получаемые из живых (либо когда-то бывших живыми) организмов, предлоимо называть "органическими веществами", а иные — "неорганическими веществами" шведский химик Йенс Якоб Берцелиус в 1807 г.

<sup>5</sup>В дословном переводе с греческого означает "имеющий первостепенную важность".

<sup>6</sup>Физики оказались не готовы воспринять идеи Майера. Главный редактор ведущего профильного журнала "Анналы физики и химии" крупнейший физик середины XIX столетия Иоганн Поггендорф отклонил статью Майера "О количестве и качественном определении сил", написанную в 1841 г. Она была напечатана только год спустя на страницах "Анналов химии и фармации", издававшихся Либихом.

сти, Карла Фойта (Karl Voit, 1831—1908) и Макса Петтенкофера (Max von Pettenkofer, 1818—1901). Сконструировав беспрецедентную по своим размерам и сложности респираторную камеру, позволяющую проводить исследования с участием людей, они доказали, что при мышечной деятельности распад белка либо не увеличивается вовсе, либо возрастает крайне незначительно, в то время как распад углеводов и жиров (суля по выделению углерода) увеличивается многократно. Резкое увеличение распада белков наблюдалось лишь при длительном голодании [14].

Таким образом, в начале второй половины XIX века общепринятой стала считаться точка зрения, согласно которой первопричиной всех проявлений жизнедеятельности являлось выделение энергии в результате разрушения в теле сложных органических веществ (белков, жиров, углеводов) под влиянием окислительной способности выдыхаемого кислорода. Место окислительных реакций — кровь и отчасти межтканевая жидкость, субстрат окисления — пищевые вещества и лишь при голодании "разрушающееся организованное вещество". Это последнее признавалось устойчивым, изнашивание его незначительным и восполняемым за счет белков пищи, так как и само организованное вещество считалось "живым белком".

Однако уже в середине 50-х годов XIX стало ясно, что это лишь черновой набросок физико-химических основ будущей анатомо-физиологической концепции. Последнее со всей очевидностью продемонстрировали открытия Клода Бернара (Claude Bernard, 1813—1878) в области углеводного обмена. В результате серии методически безупречных экспериментальных исследований Бернар установил, что основным источником углеводов, "включающихся в обмен веществ...", является не пища, а печень", и доказал, что печень обладает способностью сначала накапливать углеводы, превращая их в более сложное органическое соединение — гликоген, а затем по мере необходимости выделять их в кровь в виде глюкозы, поддерживая требуемый физиологический уровень сахара в крови [7].

Эти открытия стали подлинной научной сенсацией. И дело здесь даже не в том, что до появления работ Бернара считалось, что в норме кровь не содержит сахара, а животные могут лишь "сжигать" углеводы, поглощаемые с пищей. Из открытий Бернара следовало три важнейших вывода, каждый из которых вступал в противоречие с общепризнанной точкой зрения в отношении обмена веществ. Во-первых, организм человека и животных сразу не утилизирует входящие в состав пищевых продуктов органические соединения, а сначала преобразует их в запасное вещество, удобное для дальнейшего использования. Во-вторых, в организме в процессе обмена веществ происходит не только разложение сложных органических веществ, но и их синтез. И наконец, в-третьих, что оба этих разнонаправленных процесса происходят не в крови, а в организованном веществе одного из органов.

Это был гром среди ясного неба. Осознание того, что сложившееся и экспериментально подтвержденное представление об обмене веществ и энергии даже отдаленно не соответствует реальной сложности происходящих в организме процессов, вызвало серьезное разочарование в избранном исследователями пути. Преодолеть неожиданно возникший и стремительно набравший обороты кризис, а главное сделать следующий шаг на пути создания новой анатомо-физиологической концепции удалось лишь в результате еще одного важнейшего научного прорыва XIX века, которым стало создание клеточной теории и возникновение принципиально нового представления о клетке.

Исторически создание клеточной теории и открытие клетки не совпадают. Клетка была впервые описана Гуком в 1665 г.: при микроскопическом наблюдении в пробке и ряде других растительных объектов он обнаружил полости, отделенные тонкими стенками наподобие пчелиных сот, и назвал их порами (pores) или клетками (cells). Вслед за Гуком похожие описания привели в своих работах Левенгук (1674), Мальпиги (1675) и в 1682 г. английский ботаник Неемия Грю (Nehemiah Grew, 1641—1712). Однако исследователи XVII столетия не оценили важности совершенного ими открытия. Они считали, что клетки представляют собой пустоты в непрерывной массе растительного вещества, которое Грю по аналогии с текстильной тканью предложил называть "ткань" [7].

Только в начале XIX века в связи с совершенствованием микроскопической техники стало ясно, что клетки — не пустоты в общей массе растительного вещества, а "индивидуумы", своеобразные камеры, имеющие собственные оболочки, изолирующие их друг от друга (Мольденгауер, 1812). Кроме оболочки составной частью клеток было признано также ядро, впервые описанное чешским ученым Яном Пуркиней (Jan Purkyně, 1787—1869) в яйцеклетке птиц (1825) и шотландским натуралистом Робертом Броуном (Robert Brown, 1773—1858) в клетках растений (1831, 1833). В 1835 г. натуралисты Феликс Дюжарден (F. Dujardin, 1801—1860) и Гуго фон Моль (G. von Mohl, 1805—1872) обнаружили, что ядро погружено в полужидкую вязкую

субстанцию, пронизанную тягучими структурами и заполняющую все внутриклеточное пространство. Моль назвал эту субстанцию протоплазмой, но никаких заключений о ее составе сделать не смог [4, 5, 8].

Опираясь на новые данные о строении клетки, а также на результаты многочисленных наблюдений, свидетельствовавшие о том, что все форменные образования растений состоят и развиваются из клеток, немецкий ботаник Маттиас Якоб Шлейден (Matthias Jakob Schleiden, 1804—1881) в 1838 г. пришел к выводу, что растения представляют собой сообщества клеток или продуктов их жизнедеятельности. Используя идеи Шлейдена в качестве образца, немецкий зоолог Теодор Шванн (Theodor Schwann, 1810—1882) в 1839 году сформулировал клеточную теорию строения животных организмов.

До Шванна имелись лишь отдельные, разрозненные указания на наличие в животных организмах клеток. Однако этим наблюдениям не придавалось большого значения. В "животных клетках" не видели главного — оболочки и не считали возможным сопоставлять клетки растений и животных, представлявших два принципиально разных "царства" живых организмов. В знаменитом труде "Микроскопические исследования о соответствии в структуре и росте животных и растений" (1839) Шванн на огромном фактическом материале доказал, что животные клетки по своему строению (оболочка, содержимое, ядро) принципиально не отличаются от растительных, что все без исключения части организма взрослых животных состоят из клеток или продуктов их преобразования, что клетка является главной структурной единицей всех живых организмов, рост и развитие которых обуславливаются образованием новых клеток [5, 8].

Важнейшим следствием сделанных Шванном выводов стало привлечение всеобщего внимания к изучению клетки. Важнейшим потому, что в представлении большинства исследователей клетки продолжали оставаться примитивно организованными образованиями — пузырьками, заполненными жидким веществом, кирпичиками, из которых складывается форма организмов. Главной частью клетки продолжала считаться оболочка, придающая, особенно растительной клетке, определенную внешнюю форму, похожую на форму кристалла. Подобно кристаллам, клетки всякий раз возникали заново, выпадая из соков организма, а точнее, из содержащейся в соках так называемой цитобласты, подобно тому, как происходит "выпадение кристаллов из маточного раствора".

На изучение клетки была обрушена вся мощь имевшегося в распоряжении ученых того времени методического и инструментального арсенала, что не замедлило сказаться на результатах. В начале 40-х годов XIX века Бергман (Bergmann) и Теодор Бишофф (Theodor Ludwig Wilhelm von Bischoff, 1807—1882) описали образования, во всех отношениях схожие с клеткой, но лишённые оболочки (шары дробления), а Альберт Келликер (Albert Kolliker, 1817—1905) на основании их изучения пришел к выводу, что оболочка является вторичной производной клетки, признаком ее старости. Он же предложил различать собственно клетки, т. е. клетки, не имеющие оболочек, от "клеток, одетых ясной мембраной". В 1850 г. немецкий ботаник Александр Браун (A. Braun, 1805—1877) пришел к выводу, что под терминном "клетка" следует понимать не оболочку, а содержимое клеток — протоплазму, а Моль обосновал положение о том, что протоплазма состоит из растворов, содержащих различные белки [4, 5, 8].

Наконец, в 1855 г. немецкий эмбриолог, гистолог и врач Роберт Ремак (Robert Remak, 1815—1865) окончательно установил взаимоотношения между клетками и их оболочками. Он, в частности, показал, что оболочка возникает в результате сгущения наружного слоя протоплазмы. Ремаку также принадлежит основная заслуга в опровержении представлений о новообразовании клеток из цитобласты. Проследив под микроскопом процесс деления животных клеток, он в 1852 г. показал, что новые клетки в составе тканей появляются только в результате деления предсуществующих.

Эти важнейшие открытия, а также факт признания простейших свободно живущими клетками (Зибольд, 1848) в 1855—1858 гг. были обобщены в трудах выдающегося немецкого патолога Рудольфа Вирхова (Rudolf Ludwig Karl Virchow, 1821—1902), дополнившего клеточную теорию двумя важнейшими положениями.

Первое: никакого самопроизвольного образования клеток из бласты не существует; клетки могут образовываться только из других клеток путем их деления, что и обеспечивается непрерывно последовательное развитие тканей — "omnis cellula e cellula" ("каждая клетка из клетки"). Второе: человеческий организм состоит из клеток, которые "могут быть рассматриваемы, как элементарные организмы, потому что каждая из этих клеток самостоятельна и самодеятельна, и ее сила основана в ее собственном строении". "Жизнь связана с клеточкой, и клеточ-



ка не есть только сосуд жизни: она есть сама живущая часть, — писал Вирхов. — Жизнь не сидит на том или другом месте; она не резидирует в той или другой части... Живет не только нерв, не только кровь, — и в мясе, в кости, в волосе кипит живая деятельность...". И далее: "Мы не должны представлять себе тело, как мертвую массу, в которую, по выражению греков, входит дух... Напротив, нужно представить себе тело, как многочисленный, насквозь наполненный жизнью организм... Здесь множество жизней соединено в одну совокупную жизнь, множество особливостей с независимой жизнью и работоспособностью поставлено здесь в общую зависимость между собою и в этой зависимости одни влияют на других, каждая на свой лад и по ладу других". Клетка — конечный морфологический элемент всего живого, и вне ее нет ни нормальной, ни патологической жизненной деятельности [10].

Получившие широкое признание теоретические обобщения Вирхова ознаменовали завершение формирования клеточной теории и дали новый мощный импульс исследованиям в области изучения клетки, которая отныне стала рассматриваться не только как структурная, но и как функциональная единица жизнедеятельности организма человека. Особо результативным в этом смысле стал 1861 г., когда одна за другой увидели свет работы Грехема, Брюкке и Пастера [14].

Шотландский химик Томас Грэхем (Thomas Graham, 1805—1869) сформулировал основы коллоидной концепции организации протоплазмы и ядра<sup>7</sup> клетки и предпринял первую попытку напрямую связать жизнь клетки и обмен энергии. "Коллоидное состояние материи есть динамическое состояние, кристаллическое же есть статическое или состояние покоя, — писал Грэхем. — Коллоид обладает энергией. Он может быть рассматриваем как вероятный первичный источник силы, действующей в явлениях жизни".

Австрийский физиолог Эрнст Брюкке (E. W. R. von Brücke, 1819—1892) на основании анализа имевшихся данных о строении и функционировании клеток пришел к убеждению, что, помимо структуры органических молекул, клетки должны обладать собственной сложной структурой внутриклеточных образований. "Сами клетки, быть может, состоят из других, еще более мелких организмов, — заявил, в частности, Брюкке, — которые находятся к ним в таком же отношении, в каком сами клетки к центральному организму". Эта гипотеза получит прямые фактические подтверждения уже в конце XIX века и станет одним из главных направлений дальнейшего развития учения о клетке.

Накопец, Луи Пастер (Louis Pasteur, 1822—1895) шокировал медицинский мир сообщением о способности некоторых микроорганизмов жить в отсутствие воздуха и этим открытием едва не заставил пересмотреть все, что было сделано в рамках концепции Лавуазье о том, что "без кислорода нет жизни". Объяснение этой находке смог дать сам Пастер, когда обнаружил, что, например, пивные дрожжи способны жить как без воздуха в сбраживаемом ими веществе, так и активно поглощая кислород. Факт усвоения пивными дрожжами свободного кислорода доказывал, что он совершенно необходим им для жизни. Следовательно, заявил Пастер, оказываясь в условиях, когда к ним прекращают доступ кислорода в свободном виде, дрожжевые клетки "забирают кислород у сбраживаемого вещества", обеспечивая благодаря этому собственное дыхание.

Так исследовательская мысль постепенно, шаг за шагом приближалась к осознанию того, что физико-химические процессы обмена веществ и энергии, обеспечивающие жизнедеятельность организма, протекают не в крови, а в клетках.

В 1867 г. немецкий физиолог Лудимар Германн (L. Hermann, 1838—1914) напомнил научному сообществу о физиологических экспериментах Гельмгольца, обнаружившего еще в 1847 г. физиологические проявления тканевого дыхания — выделение тепла в изолированной мышце при искусственно вызываемом сокращении, и высказал гипотезу обмена веществ мышечной ткани. В 1870 г. Германна поддержал Бер, показав, что участок вырезанной из организма ткани продолжает определенное время поглощать кислород и выделять углекислый газ [14].

В 1868 г. Э. Клебс (E. Klebs, 1834—1913), а в 1872 г. Г. В. Струве установили, что при окраске клеточных препаратов раствором гваяковой кислоты клетки приобретали интенсивно синий цвет, что прямо свидетельствовало об их дыхательной активности.

Был раскрыт и механизм доставки кислорода к тканям и клеткам организма. Раскрыт, правда, он был несколько раньше, в

1862—1864 гг., но тогда на результаты исследований Ф. Гоппел-Зейлера и Д. Стокса особого внимания не обратили. Вместе с тем названные ученые убедительно показали, что основной функцией одного из белковых соединений крови — гемоглобина<sup>8</sup> — является перенос кислорода посредством обратимого окисления и восстановления входящего в его состав неизменного по своей природе окрашенного железосодержащего соединения<sup>9</sup> [14].

В начале 70-х годов XIX столетия это открытие получило заслуженное признание и стало одной из основ блестящих экспериментальных разработок научной группы под руководством выдающегося немецкого физиолога Эдуарда Пфлюгера (Eduard Friedrich Wilhelm Pflüger, 1829—1910). В результате исследований функции крови в процессе дыхания Пфлюгер и его сотрудники окончательно доказали, что кровь не обладает приписываемыми ей окислительными способностями, а ее функция сводится лишь к доставке кислорода к клеткам. Этот вывод основывался на остроумнейших опытах, которые показали, во-первых, что лягушки, сосудистая система которых была промыта физиологическим раствором и наполнена им ("солевые лягушки"), долгое время продолжали выделять нормальное количество углекислого газа. Во-вторых, что нормальные лягушки, помещенные в атмосферу чистого азота, могли существовать около 20 ч и также выделяли при этом значительное количество углекислого газа.

На основании полученных результатов Пфлюгер в 1875 г. в статье "О физиологическом горении в живых организмах" назвал клетки центрами, в которых осуществляются процессы биологического окисления, и особо подчеркнул, что интенсивность этих процессов и соответственно количество потребляемого кислорода зависят исключительно от потребностей самих клеток. "Не приток кислорода определяет распад веществ в теле, а наоборот, интенсивность обмена веществ обуславливает большее или меньшее восприятие кислорода, — писал Пфлюгер, — причем местом окислительных процессов является не кровь, а клеточные элементы тела, т. е. организованное живое вещество". Выводы, сделанные Пфлюгером, получили поддержку Бернара, который столь же определенно заявил, что "если сокращается мышца, проявляет себя воля и ощущение, возникает мысль или сецернирует железа, то дезорганизуется, разрушается и потребляется субстанция мышц, нерва, мозга, желез" [14].

Фактически научная мысль совершила возврат к учению Либиха, который, как уже говорилось, еще в 40-х годах XIX века полагал, что в процессе обмена веществ распадается "организованная живая субстанция". Однако этот возврат произошел на качественно ином уровне развития научного знания. В 70-х годах "организованная живая субстанция" уже не считалась только "живым белком", а признавалась составленной "из различных органических соединений, участвующих во внутриклеточном обмене веществ и энергии".

Иными словами, в начале 70-х годов XIX века произошло окончательное слияние двух сложившихся в ходе второй научной революции магистральных линий индуктивного познания основ жизнедеятельности человеческого организма — изучения клетки и исследований обмена веществ и энергии. Прямым следствием этого стало формирование устойчивого общепризнанного представления о том, что организм человека — это "сложное соединение простых существ" ("клеточное государство"), все без исключения проявления жизнедеятельности которого представляют собой физико-химические процессы превращения веществ и энергии, протекающие в клетках под влиянием кислорода. И хотя в дальнейшем эта точка зрения претерпит определенные изменения, ее возникновение и широкое признание стало огромным завоеванием индуктивного метода познания: впервые со времени опровержения учения Галена сложилось целостное всеобъемлющее представление о принципах устройства и функционирования организма человека.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бернал Дж. Наука в истории общества. — М., 1956.
2. Бляхер Л. Я., Быховский Б. Е., Микулинский С. Р. История биологии с древнейших времен до начала 20 века. — М., 1972.
3. Быков Г. В. История органической химии. Открытие важнейших органических соединений. — М., 1978.
4. Вермель Е. М. История учения о клетке. — М., 1970.
5. Догель В. // БМЭ. — 1-е изд. — М., 1929. — Т. 13. — Стб. 74—82.
6. Дорфман Я. Г. Лавуазье. — М., 1962.
7. Карлик Л. Н. Клод Бернар. — М., 1964.

<sup>8</sup>Был открыт К. Б. Рейхертом в 1843 г.

<sup>9</sup>Это соединение было впервые выделено из крови в 1853 г. Л. Тейхманом, который звал его геммином.

8. Карпов В. В. // БМЭ. — 1-е изд. — М., 1929. — Т. 13. — Стб. 40—65.
9. Майер Р. Закон сохранения и превращения энергии. Четыре исследования. — М., 1933.
10. Малис Ю. Г. Рудольф Вирхов. Его жизнь, научная и общественная деятельность. — СПб., 1899.
11. Менье Л. История медицины: Пер. с фр. — М., 1926.
12. Спасский Б. И. История физики. — М., 1977.
13. Фигуровский Н. А. Очерк общей истории химии. От древнейших времен до начала XIX в. — М., 1969.
14. Шамин А. Н. История биологической химии. Формирование биохимии. — М., 1993.
15. Шатерников М. Н. // БМЭ. — 1-е изд. — М., 1932. — Т. 21. — Стб. 670—679.
16. Proctor D. A. History of Breathing Physiology. — New York, 1995.

Поступила 09.08.10

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010  
УДК 614.258.1:93

**М. Б. Мирский**, И. В. Егорышева, Е. В. Шерстнева, Н. Н. Блохина, С. Г. Гончарова, Н. П. Воскресенская

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОСТИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, Москва

*Статья посвящена истории становления и развития медицинских обществ в дореволюционной России. Показаны их вклад в развитие отечественной науки, разработку актуальных вопросов здравоохранения, консолидацию медицинской общественности, а также практическая лечебная и санитарная деятельность.*

Ключевые слова: медицинские общества, медицинские съезды, медицинская общественность

### THE ROLE OF MEDICAL COMMUNITY IN RUSSIAN NATIONAL MEDICINE

**M.B. Mirsky**, I.V. Egorysheva, E.V. Scherstneva, N.N. Blokhina, S.G. Goncharova, N.P. Voskresenskaya

*The article deals with the history of becoming and development of medical societies in prerevolutionary Russia. Their input into development of national science, of actual issues of public health, into consolidation of medical community and practical curative and sanitary activities is demonstrated.*

Key words: medical society, medical community, medical congress

В России термин "общественность" ввел в употребление выдающийся российский историк Н. М. Карамзин: он использовал его в опубликованных в 1791 г. "Письмах русского путешественника", анализируя процесс созревания элементов гражданского общества в городах Европы. При этом в качестве характерных признаков Карамзин выделял чувство общественно-го долга и гражданского духа.

Несмотря на нередко появлявшиеся разнообразные работы и публикации об отдельных медицинских обществах, съездах врачей, периодических медицинских изданиях, обобщающих работ, посвященных роли общественности в отечественной медицине, до сих пор не существует.

Становление и развитие медицинской общественности у нас тесно связаны с историей отечественной медицины. Считалось, правда, что создание научных медицинских обществ в нашей стране относится к началу XIX века, так утверждалось, например, даже в Большой медицинской энциклопедии. Однако еще в XVIII веке российские медики активно участвовали в Вольном экономическом обществе, много занимавшемся проблемами охраны здоровья, особенно оспопрививания и гигиены. Однако были и, так сказать, чисто медицинские общества. Среди первых — Собрание медицинское в Херсоне, организованное в 1784 г. видным ученым, основоположником отечественной эпидемиологии Данилой Самойловичем; это общество сыграло определенную роль в борьбе с эпидемией чумы, поразившей тогда юг нынешней Украины.

В конце XVIII века в Петербурге сформировался Кружок немецких врачей, которому наша медицина обязана появлением первого российского медицинского журнала "Санкт-Петербургские врачебные ведомости".

Создание других медицинских обществ, широкой медицинской общественности в нашей стране относится к началу XIX века. Свою роль сыграли в этом наряду с прогрессом естествознания и медицины российские университеты. Вслед за Московским университетом (1755) открываются Дерптский (1802), Виленский (1803), Казанский (1804), Харьковский (1805), Пе-

тербургский (1819). Вслед за этим сначала в университетских городах, а потом и в губернских и других региональных центрах возникают различные врачебные общества.

Самое известное из них — Общество соревнования врачей и физических наук — было создано при Московском университете в 1804 г. (с 1845 г. — Физико-медицинское общество). Согласно уставу, это общество ставило перед собой такие задачи: "1. Распространять в России всякого рода полезные знания, касающиеся до физики и врачебной науки. 2. Тщательно возбуждать питание и подкреплять любовь к сим наукам как между его сочленами, так и между всеми прочими любителями учености. 3. Обогащать новыми открытиями, опытами и замечаниями физику и врачебную науку"<sup>1</sup>.

По инициативе профессоров созданного в Вильно университета было основано медицинское общество (1805), которое внесло вклад в изучение санитарного состояния города и его окрестностей, распространение оспопрививания, исследование минеральных источников. Созданное в 1820 г. Варшавское медицинское общество не только проводило научные исследования, но и оказывало консультативную помощь городским властям в борьбе с эпидемиями. Общества издавали труды, формировали библиотеки, музеи. В 1840 г. свою деятельность начало общество киевских врачей, что также было связано с основанием университета.

В 1833 г. впервые русские врачи объединились в Обществе русских врачей в Санкт-Петербурге, что свидетельствовало о росте их самосознания, способности к самостоятельной научной деятельности. В задачи общества входили наблюдения за ходом эпидемических болезней, испытания новых лекарственных средств, изучение опыта народной медицины.

С 1830-х годов во многих городах России стали появляться общества взаимопомощи врачей, ставшие особенно популярными в конце столетия. Их цель — создание фондов для оказания финансовой помощи врачам, лишившимся заработка, а также выплаты пенсий вдовам и сиротам. Некоторые из этих обществ оказывали юридическую помощь своим членам, выступали посредниками в спорных ситуациях.

В начале XIX века в России появились филантропические организации, осуществлявшие наряду с различными видами

**М. Б. Мирский** — д-р мед. наук, проф., зав. отд. (8-495-917-90-41); **И. В. Егорышева** — канд. ист. наук, вед. науч. сотр. (8-495-917-89-39); **Е. В. Шерстнева** — канд. ист. наук, ст. науч. сотр. (8-495-917-89-39); **Н. Н. Блохина** — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (8-495-917-90-41); **С. Г. Гончарова** — ст. науч. сотр. (8-495-917-90-41); **Н. П. Воскресенская** — ст. науч. сотр. (8-495-917-89-39).

<sup>1</sup>Тарасенков А. Г. Историческая записка о составе и деятельности Физико-медицинского общества, учрежденного при Императорском Московском университете, за первое 50-летие его существования. — М., 1856. — С. 4—5.

благотворительной помощи и медицинскую. Самой крупной из них было Императорское человеколюбивое общество, имевшее свои отделения во многих городах России и финансировавшееся из государственных средств и пожертвований. Занимаясь вопросами общественного призрения, оно организовывало стационарную и амбулаторную помощь неимущему населению.

С конца 1850-х годов в портовых городах создаются общества морских врачей, которые внесли неоценимый вклад в развитие морской гигиены.

Развитие медико-биологических наук и общий подъем русской общественной жизни с начала 1860-х годов не могли не сказаться и на медицинской общественности. Увеличилось количество врачебных обществ, возросло их влияние на развитие медицинской науки и практики. Врачебные объединения создавались не только в крупных городах, но и в отдаленных от центра районах страны. Среди организованных во второй половине XIX века были Общество русских врачей в Москве (1861), Харьковское медицинское общество (1861), Кавказское медицинское общество (1864), Общество врачей Казани (1869), Омское медицинское общество (1883), Томское общество естествоиспытателей и врачей (1889). К началу XX века в стране было создано около 200 медицинских обществ различных типов.

Исторически сложилось так, что в тогдашней столице Российской империи Петербурге в XIX веке практиковали и принимали участие в развитии российской медицины немецкие врачи. Неудивительно, что здесь появилось несколько немецких медицинских обществ — Немецкое врачебное общество в Санкт-Петербурге (1819), Общество практикующих врачей в Санкт-Петербурге (1850; его возглавлял ученик Н. И. Пирогова проф. П. Ю. Неммерт), Всеобщее общество Санкт-Петербургских врачей (1858; его почетными членами были Н. И. Пирогов, И. И. Мечников, И. П. Павлов). Журналы немецких обществ знакомили как российскую, так и зарубежную медицинскую общественность с новейшими достижениями медицины XIX века.

Подлинный расцвет научных медицинских обществ наблюдался в России во второй половине XIX века. Этот процесс был связан с дифференциацией медицинских знаний, появлением новых специальностей и отраслей науки. Так возник целый ряд научных медицинских обществ: психиатрическое в Петербурге (1861), хирургическое (1873) и гигиеническое (1882) в Москве, сифилологов и дерматологов (1885) и детских врачей (1885) в Петербурге, акушеров-гинекологов в Петербурге (1886), Киеве (1886), Москве (1887), окулистов (1889) и отоларингологов (1897) в Москве. Появлялись крупные общероссийские общества: Русское общество охранения народного здоровья (1878), Общество русских врачей в память Н. И. Пирогова (1883) — Пироговское общество, прославленное объединение российских врачей, инициатор проведения Пироговских съездов.

Медицинские общества дореволюционной России имели большое значение в объединении и организации врачей, активизации их внимания к вопросам научной и практической медицины, обсуждении и разрешении насущных проблем медико-санитарного дела, повышении квалификации врачей.

Следует указать, что общественная деятельность передовых русских врачей, отечественной медицинской общественности, со второй половины XIX века стала выходить за рамки чисто профессиональных и научных интересов, играя важную роль в развитии медицины и охраны здоровья населения. Свообразным законом для российской медицинской интеллигенции, традицией, получившей особое развитие еще в 1860-е годы, в эпоху великих реформ, стало стремление к общественной пользе, проведению широких мер по охране здоровья. Поэтому все более отчетливой становилась мысль о том, что, помимо узко профессиональных задач перед российскими врачами встают и более широкие.

Это целиком относилось и к Пироговскому обществу, регулярно проводившему Пироговские съезды, на которых обсуждались острые социальные проблемы, связанные со здоровьем населения. Это были, например, рабочий вопрос и фабрично-заводское законодательство, требование демократических свобод, отмена телесных наказаний, женский вопрос, борьба с голодом. Следуя своему профессиональному долгу, врачи — члены этих обществ — добровольно включались в решение общественно-значимых научных и практически задач — таких, например, как опосредование, борьба с туберкулезом, пропаганда гигиенических знаний. Задолго до создания профессиональных союзов медицинские общества возлагали на себя ответственность за вопросы, связанные с взаимопомощью, защитой корпоративных интересов.

Важную роль в разработке основополагающих принципов формирующейся в России муниципальной (земской и городской) медицины сыграли Общество русских врачей в Москве и его печатный орган — "Московская медицинская газета", определившие уже в 1860-е годы основные черты участковой стационарной помощи в сельской местности, выступавшие против

попыток подменить фельдшерской врачебную помощь крестьянам. Общество русских врачей в Петербурге, созданное еще в 1833 г., достигло особого подъема, когда в 1878 г. его возглавил С. П. Боткин. В работе общества ведущее место заняли актуальные проблемы здравоохранения: снижение смертности, улучшение санитарных условий жизни населения, борьба с эпидемиями, реформа аптечного дела и др. Неоценимый вклад в разработку методов медицинской статистики в России внесло Общество врачей Казани (1868). Оно не только провозгласило санитарно-профилактическое направление русской общественной медицины, но и наметило конкретные формы его реализации, разработав несколько вариантов программ деятельности городских и земских санитарных врачей.

Многие общества организовывали благотворительную медицинскую помощь. Так, Ярославское общество врачей первым в России открыло бесплатную лечебницу для приходящих больных (1861), Харьковское общество, помимо лечебницы, основало бактериологический институт, снабжавший сыворотками и вакцинами ряд губерний (1864), многие губернские общества организовывали бесплатный врачебный прием, ночные дежурства.

В 1867 г. возникло Общество попечения о раненых и больных воинах (с 1876 г. — Российское общество Красного Креста). Общество было тесно связано с правительственными кругами, что определило его место на правом фланге русской общественности. Среди основных направлений его деятельности — помощь больным и раненым воинам, а в мирное время — врачебно-продовольственная помощь пострадавшим от стихийных бедствий (неурожай, наводнения), подготовка среднего медицинского персонала. Обществу также принадлежали заслуги в борьбе с эпидемиями в военное время.

Одной из тенденций развития медицинской общественности в последней четверти XIX века становится стремление врачей к объединению в общероссийском масштабе, что нашло выражение в создании Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова и созыве его съездов. Именно Пироговские съезды, ставшие трибуной и методическим центром общественной медицины, с 1885 г. играли ведущую роль в формировании общественного мнения во врачебной среде. Общество разработало целый ряд основополагающих документов по проблемам здравоохранения. Достаточно вспомнить "Основные начала желательного врачебно-санитарного строя в городах" (1904) или знаменитую Пироговскую номенклатуру болезней. В поле зрения деятелей Пироговского общества входили важнейшие социальные проблемы здравоохранения России: борьба с туберкулезом, алкоголизмом, голодом, высокой смертностью населения и др.

Влияние врачебного общественного мнения на организацию здравоохранения в стране было гораздо большим, нежели утверждалось в историко-медицинских работах советского периода. Достаточно вспомнить о том, что приблизительно третья часть ходатайств оппозиционного Пироговского общества все же была либо удовлетворена, либо принята к сведению правительством.

Значительный вклад медицинские общества и съезды внесли в развитие профилактического направления в медицине — гигиены и тесно сопрягавшихся с ней областей знаний, прежде всего санитарной статистики. По инициативе Общества врачей Казани съезды естествоиспытателей и врачей поставили задачу проведения санитарно-статистических исследований в России по единой методике. В дальнейшем от общих санитарно-топографических описаний был сделан переход к изучению отдельных сторон санитарных условий жизни населения — бытовых, профессиональных и т. д., исследованию заболеваемости и смертности в определенных возрастных и профессиональных группах. На Пироговских съездах и совещаниях по санитарным и санитарно-статистическим вопросам была усовершенствована методическая сторона санитарной статистики. Целенаправленная работа обществ по накоплению санитарно-статистической информации способствовала формированию гигиенических взглядов, выделению отдельных отраслей гигиенической науки.

Вторая половина XIX века была отмечена появлением первых специализированных гигиенических обществ — Русского общества охранения народного здоровья (1877) и Гигиенического общества (1892) в Москве. Велика заслуга этих обществ в разработке проблем борьбы с эпидемиями. Особое значение в своей работе они придавали вопросам оздоровления населенных мест, прежде всего теоретическим и практическим вопросам водоснабжения.

Деятельность специализированных медицинских обществ оказала существенное влияние на развитие ряда отраслей клинической медицины. Безусловно выдающийся вклад был внесен медицинской общественностью в развитие хирургии. К началу XX века были созданы и активно работали Хирургическое общество в Москве (1873), Общество русских хирургов в Москве (1896), Русское хирургическое общество Пирогова (1881), Ме-

дико-хирургическое общество в Петербурге (1894), Киевское хирургическое общество (1908). Столичные общества принимали участие в работе хирургической секции Пироговских съездов. В начале XX века ведущую роль начинают играть съезды российских хирургов, на первом из которых было образовано Общество российских хирургов. С 1900 по 1916 г. состоялось 14 съездов, на которых было сделано около 1000 научных докладов.

В работе хирургических обществ и съездов получили развитие наиболее актуальные направления в медицине, одной из которых являлась анестезия. Особенно велика заслуга хирургических обществ и съездов в разработке методов и принципов обезболивания. Деятельность хирургических обществ способствовала внедрению антисептики и асептики в хирургическую практику, разработке новых антисептических средств и методов асептики.

Хирургические общества России и съезды способствовали углублению специализации — формированию отдельных направлений хирургии и как следствие созданию новых обществ, объединявших в своих рядах более узких специалистов. Так, в Петербурге в 1907 г. было образовано Общество урологов под председательством С. П. Федорова. В 1886—1887 гг. создаются акушерско-гинекологические общества в Петербурге, Киеве, Москве. С 1903 г. начался созыв специальных акушерско-гинекологических съездов.

Хирургические и акушерско-гинекологические общества внесли существенный вклад в борьбу с онкологическими заболеваниями. К решению данного вопроса примкнули и Терапевтическое общество в Москве (1895), и созываемые с 1909 г. съезды российских терапевтов, на которых рассматривались проблемы диагностики онкологических заболеваний. В 1908 г. в Петербурге было создано Общество борьбы с раковыми заболеваниями. Важнейшим его мероприятием стал созыв в 1914 г. I Всероссийского съезда по борьбе с раковыми заболеваниями, в резолюции которого было указано на необходимость консолидации усилий в этой борьбе не только врачей, но и физиков, химиков, ветеринаров, фармацевтов.

Среди клиницистов одними из первых стали стремиться к объединению психиатры и невропатологи России. С 1879 по 1892 г. возникло три общества психиатров и невропатологов. В 1887 г. состоялся первый специальный съезд. Общества и съезды психиатров и невропатологов внесли существенный вклад в изучение анатомии, гистологии, физиологии нервной системы, клиники нервных и психических болезней. Это позволило перейти от симптоматологического направления к нозологическому.

Деятельностью обществ детских врачей в Петербурге (1885) и Москве (1892) были определены немалые успехи в области педиатрии. В 1912 г. был проведен I Всероссийский съезд детских врачей. В работе обществ и съезда получили развитие проблемы диагностики и лечения инфекционных заболеваний детского возраста, вопросы рахита и обмена веществ при этой патологии, проблемы физиологии и патологии пищеварения и питания детей грудного возраста.

Отечественные медицинские общества внесли огромный вклад в дело борьбы с венерическими заболеваниями. Первое в России и Европе научное общество сифилидологов и дерматологов было основано в 1885 г. в Петербурге по инициативе проф. В. М. Тарновского, а в 1891 г. — в Москве. Вскоре подобные общества были организованы в других университетских городах. Вопросы борьбы с венерическими болезнями, особенно с сифилисом, обсуждались на всех Пироговских съездах. Общества дерматовенерологов и съезды способствовали созданию в России самостоятельной дерматологической и венерологической школы, опровергнувшей представление о "накожных" болезнях как местных, доказавшей связь кожных заболеваний со всем организмом.

Большинство обществ специалистов возникали и действовали при университетских кафедрах и клиниках. Однако некоторые из обществ сами явились основоположниками определенных отраслей отечественной медицинской науки. Речь идет, в частности, о развитии отечественной бальнеологии и курортологии, научные основы которых были заложены Русским бальнеологическим обществом в Пятигорске (1864). Члены общества на основе изучения химического состава и физиологического действия вод на организм разработали сравнительную характеристику терапевтических свойств минеральных вод разных курортов, попытались обосновать их дифференцированное

применение в лечебном процессе. Их работа положила начало научному развитию отечественных курортов.

Научные медицинские общества России внесли весомый вклад в совершенствование организации отечественной науки. Так, организация обществами съездов специалистов позволила перейти к плановой и углубленной разработке наиболее актуальных проблем той или иной отрасли медицинской науки. Это вело к углублению специализации в медицине и даже компенсировало несоответствие количества университетских кафедр дифференциации медицинской науки, которое существенно тормозило ее развитие. Не случайно проблема организации научно-исследовательских учреждений, кафедр, расширения исследований активно обсуждалась на Пироговских съездах.

Определенную роль в содействии развитию отечественной науки оказали Общество им. Х. С. Леденцова (1909) и Общество Московского научного института (1912), которые взяли на себя финансовое обеспечение исследований в разных областях науки и создание научных учреждений современного уровня. Видные ученые-медики (И. П. Павлов, И. И. Мечников, М. Н. Шатерников и др.), входившие в ученый совет таких обществ, выступили квалифицированными экспертами при оценке актуальности и научной достоверности результатов исследований, которые те финансировали.

Безусловным вкладом общественности в организацию науки стала организация первых в России противозидемических и других научно-исследовательских учреждений — бактериологических лабораторий и институтов (Одесса, Харьков, Омск), аналитических станций (Петербург, Москва и др.), позволивших вести исследовательскую работу, особенно в области эпидемиологии, бактериологии, экспериментальной гигиены. Важным направлением деятельности научных медицинских обществ являлось открытие вспомогательных научных учреждений — библиотек и музеев.

Первая мировая война негативно отразилась на деятельности российских медицинских обществ — многие из них перестали существовать. В то же время в самом начале войны были созданы крупные всероссийские объединения — Земский союз и Союз городов, которые совместно с Красным Крестом осуществляли помощь больным и раненым воинам, эвакуировали раненых из прифронтовой зоны во внутренние районы страны, организовывали помощь беженцам и противоэпидемические мероприятия. В конце 1914 г. Пироговское общество созвало совещание, посвященное вопросам борьбы с заразными болезнями в связи с военным временем. Оно посылало в прифронтовые районы врачебно-продовольственные отряды для помощи беженцам. В организации помощи раненым приняло сильное участие большинство медицинских обществ.

Таким образом, медицинская общественность России сыграла огромную роль в развитии и науки, и здравоохранения. Не следует забывать, например, о том, что именно в русле Пироговского общества были сформулированы наиболее важные принципы общественной медицины, которыми руководствовалась земская и городская медицина и которые после образования в 1918 г. Наркомздрава легли в основу советского здравоохранения. После февральской и октябрьской революций (1917) наша страна вступила в новый исторический этап. Медицинские общества стали все больше сосредотачиваться на решении узкопрофильных вопросов, связанных с развитием медицинской науки и практики, дифференциацией клинической медицины. Положение начало меняться только в 1960-х годах, после организации при Минздраве Совета научных медицинских обществ. В советские годы, несмотря на количественный рост научных медицинских обществ, увеличившееся количество врачебных съездов и периодических медицинских изданий, роль медицинской общественности по сути была не столь заметной, как в дореволюционной России, хотя возобладали конъюнктурное, так сказать идеологически обоснованное, мнение о том, что по мере развития социалистического государства и перехода к коммунистическому обществу роль общественности в организации медико-санитарного обслуживания населения будет возрастать. Жизнь показала, что это не совсем так, а может быть, и совсем не так.

Резюмируя вышеизложенное, следует подчеркнуть, что богатый опыт медицинской общественности России, сыгравший огромную роль в развитии науки и здравоохранения, особенно муниципального (земская и городская медицина), заслуживает внимательного изучения и анализа.

Поступила 13.04.10

НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ ПИРОГОВ В БРИТАНСКОЙ ИСТОРИКО-МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ  
(К 200-летию со дня рождения)

Российский университет дружбы народов, Москва

*На примере ряда публикаций автор статьи дает представление о сложившихся в британской историко-медицинской литературе представлениях о вкладе Н. И. Пирогова в мировую науку.*

Ключевые слова: *Н. И. Пирогов, хирургия, топографическая анатомия, сестринское дело, анестезиология*

NIKOLAI IVANOVICH PIROGOV IN BRITISH HISTORICAL AND MEDICAL LITERATURE

T.S. Sorokina

*The article gives evidence to the actual conceptions of the British historical medical literature about the input of N.I. Pirogov into world science.*

Key words: *N.I. Pirogov, surgery, anesthesiology*

2010 г. ознаменован великой датой в истории российской и мировой медицины — 200 лет тому назад, 13 ноября 1810 г. в Москве родился Николай Иванович Пирогов. Такие слова, как "выдающийся деятель российской и мировой медицины", "великий хирург, педагог и общественный деятель", "академик" и "тайный советник", не дают достаточно полного представления о масштабе этой личности. Научно-практическая деятельность Н. И. Пирогова характеризуется тем, что во многом он был первым. Н. И. Пирогов является основоположником топографической анатомии и военно-полевой хирургии, экспериментально направлена в хирургии, он первым внедрил наркоз (1847), выполнил первую операцию под ректальным наркозом (1847), наложил первую гипсовую повязку в полевых условиях (1854), первым выдвинул идею о костной пластике (1854) и впервые в мире организовал женский сестринский уход за ранеными на театре военных действий (1854). Каждого из этих достижений в отдельности достаточно, чтобы войти в историю всемирной медицины. Уже при жизни Н. И. Пирогов снискал глубокое уважение и признание своих коллег в России и далеко за ее пределами. Достаточно вспомнить слова видного немецкого хирурга Эрнста фон Бергмана (Ernst von Bergmann, 1836—1907), одного из основоположников асептики: "Мы никогда не забудем, что наша немецкая хирургия построена на фундаменте, заложенном великими хирургами Французской Академии, что она покоится на работах русского Николая Ивановича Пирогова и на антисептическом способе англичанина Дж. Листера"<sup>1</sup>.

В 1980-х годах в США появилось полное издание "Дневника старого врача" Н. И. Пирогова на английском переводе — "Questions of Life: Diary of an Old Physician" (подготовленное главным образом по русскому оригиналу 4-го издания 1910 г.). Предисловие к нему начинается словами Ф. Н. Garrison, автора известной монографии "Introduction to the History of Medicine" ("Введение в историю медицины"), который называет Н. И. Пирогова "величайшим русским хирургом и одним из величайших военно-полевых хирургов всех времен". Автор этого предисловия Галина Заречняк (Galina V. Zarechnak) отмечает, что "имя Пирогова хорошо известно европейским (особенно немецким и французским) историкам медицины. Литература о великом русском хирурге весьма обширна, особенно на немецком языке. Однако в Америке его имя известно лишь среди хирургов благодаря операции остеопластической ампутации, которая носит его имя... Влияние Пирогова на американскую медицину в XIX столетии и тесное сотрудничество между Пироговым и американскими врачами сегодня почти полностью забыто"<sup>2</sup>. Далее на 17 страницах предисловия Г. Заречняк подробно освещает жизненный путь и многогранный вклад Н. И. Пирогова в развитие анатомии и хирургии, сестринской службы и образования.

Английский перевод "Дневника старого врача" хорошо известен в научных кругах специалистов в европейских странах.

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

<sup>1</sup>von Buchholtz A. E. von Bergmann. — Berlin, 1913. — S. 147.

<sup>2</sup>Pirogov N. I. Questions of Life: Diary of an Old Physician. — USA: Science History Publication, 1986. — P. XI.

И хотя Николай Иванович скромно называет себя врачом, эта незаконченная автобиография позволяет составить четкое представление о масштабе его личности — не только врача, но и философа, педагога, человека широких энциклопедических знаний и высоких гуманистических идеалов. Экземпляр этой книги имеется в фондах крупнейшей историко-медицинской библиотеки The Wellcome Library в Лондоне. Казалось бы, британские коллеги имеют все возможности и основания для глубокого изучения деятельности Н. И. Пирогова и объективного освещения его вклада в историю мировой медицины, в том числе в хирургию, топографическую анатомию, анестезиологию, в становление и развитие сестринского дела, образования и врачебной этики.

Тем не менее в двухтомной энциклопедии истории медицины "Companion Encyclopedia of the History of Medicine" (1993), подготовленной в вестим британском центре истории медицины (The Wellcome Institute for the History of Medicine) под редакцией д-ра William Bynum и проф. Roy Potter, имя Николая Пирогова упоминается лишь однажды (!) во введении к главе "Война и медицина Нового времени" при перечислении пионеров военно-полевой и военно-морской медицины, таких как Амбруаз Паре (1510—1590), сэр Джон Прингл (1707—1782), Джон Хантер (1728—1793.), сэр Гилберт Блейн (1749—1834), Барон Доминик-Жан Ларей (1766—1842) и Николай Пирогов (1810—1881)<sup>3</sup>. И это все. Более о Пирогове не вспоминается ни разу на протяжении 1806 страниц текста этой энциклопедии. В главах "Хирургия (традиционная)" и "Хирургия (Нового времени)" имени Пирогова нет, в то же время упоминаются многие его современники: Мортон, Симпсон, Бильрот, Кохер, Диффенбах, Бергман, Шimmelбуш и др. Именной и предметный указатель этой книги занимает 84 страницы (с. 1713—1806). В этом необъятном море имен удалось найти всего лишь 5 русских фамилий: И. И. Мечникова и И. П. Павлова, которые достойно представлены как лауреаты Нобелевской премии; А. П. Чехова, трижды упомянутого в тексте; Надежды Сусловой, представленной как первая женщина, получившая медицинское образование в Цюрихе, и даже Льва Троцкого как автора изречения "война — локомотив истории".

Аналогичная картина наблюдается и в "Иллюстрированной истории хирургии" ("The Illustrated History of Surgery"), вышедшей в свет в 2000 г. Ее автор Knut Haeger, профессор хирургии в Кембридже, в своем обширном труде (295 с.) описывает вклад Доминика Ларрея и Флоренс Найтингейл, но имени Николая Пирогова в этой "истории хирургии" нет. Нет его и в книге, посвященной истории анестезии ("Notable names in anaesthesia"), вышедшей в Лондоне в 2002 г. под редакцией J. Roger Maltby.

В знаменитом издании "The Greatest Benefit to Mankind" ("Величайшие достижения человечества", 1997, 1999), редактором которого был известный британский проф. Roy Porter, Пирогов упоминается лишь однажды — последним (!) в ряду хирургов, применивших эфирный наркоз: "Практически в течение двух месяцев старый хирург Наполеона — Malgaigne пять раз применил эфирный наркоз в Париже; Dieffenbach применил его в Берлине; в Эдинбурге его примеру последовал Syme, так же

<sup>3</sup>Companion Encyclohtdia of the History of Medicine / Eds W. F. Bynum, Roy Potter. — London, 1993. — Vol. 2. — P. 1537.

как и Николай Пирогов (1810—1881) в Санкт-Петербурге, активно использовавший его в период Крымской войны<sup>4</sup>. (Автору, возможно, неизвестны экспериментальные работы Пирогова по изучению действия эфира на организм животного, созданию аппарата и маски для подачи наркоза, так же как и об успешном внедрении наркоза на театре военных действий в Дагестане, где уже в 1847 г. Н. И. Пирогов осуществил 110 операций (!) под эфирным наркозом, и о почти 10 тыс. операций под хлороформным наркозом в осажденном Севастополе, на театре военных действий.)

В монографии Н. Ellis "A History of Surgery" ("История хирургии"), вышедшей в свет в Лондоне в 2002 г., Николаю Ивановичу Пирогову посвящен уже целый абзац в разделе "Крымская война":

"Величайшим русским военным хирургом своего времени был Николай Пирогов (1810—1881), который учился в Москве и стал профессором хирургии в Санкт-Петербурге. Он участвовал во многих кампаниях, особенно в качестве главного хирурга в Крымской кампании. Там он выполнял работу, эквивалентную деятельности Флоренс Найтингейл, вводя профессиональную сестринскую службу в его госпиталях и заботясь о необходимости соответствующего медицинского оборудования для раненых. Он, в числе первых, применил наркоз и разработал консервативную ампутацию стопы, которая все еще носит его имя. Он утверждал, что хирурги должны обладать высокими знаниями в анатомии и опубликовал между 1852 и 1859 гг. замечательный атлас анатомии в пяти томах. В нем представлена серия из 200 таблиц, изображающих трансверсальные срезы человеческого тела, сделанные им путем рассечения трупов, которые он замораживал на снегу!"<sup>5</sup>.

Других упоминаний о Н. И. Пирогове в этой книге нет, как нет и оценки приоритетов Н. И. Пирогова перед мировой наукой. Однако восклицательный знак в конце абзаца свидетельствует о глубокой симпатии автора к великому русскому хирургу и анатому.

Список приведенных публикаций не является исчерпывающим и дает лишь общее представление о сложившихся в бри-

танской историко-медицинской литературе представлениях о роли Н. И. Пирогова и его вкладе в мировую науку. Выводы не могут быть однозначными.

Возможно, наши зарубежные коллеги придерживаются популярного принципа — изложение своей отечественной истории медицины — и, так же как и российские историки медицины, освещают в основном свою британскую историю на фоне хорошо известного им западно-европейского контекста. Ведь в Западной Европе еще со времен Средневековья сложилась общая христианская цивилизация. В немалой степени этому способствовал и единый научный язык (первоначально — латинский, а в наши дни — английский).

Можно предположить также, что британские коллеги не владеют информацией о нашей отечественной медицине по причине незнания русскоязычной научной литературы, но ведь деятельность Пирогова хорошо освещена в немецких и французских публикациях, которые не могут остаться в тени западно-европейского контекста. Справедливости ради важно отметить, что в 1995 г. в британском научном журнале "The Journal of the Royal College of Physicians of London" (Vol. 29, N 1) появилась наша статья "Russian Nursing in the Crimean War" ("Российские сестры милосердия в Крымской войне"), в которой подробно описан вклад Н. И. Пирогова в становление сестринского дела в период Крымской кампании, в создание военно-полевой хирургии и внедрение наркоза на театре военных действий<sup>6</sup>. На сегодняшний день это практически единственный в британской литературе доступный источник информации (на английском языке) становления российского сестринского дела в осажденном Севастополе и роли Н. И. Пирогова в Крымской кампании 1854—1856 гг. Эта публикация уже оказала определенное влияние на понимание роли Н. И. Пирогова в истории хирургии. Пример тому упомянутая выше монография Н. Ellis "A History of Surgery".

В наши дни интерес к российской истории в Великобритании огромен, и это вселяет надежду на то, что вклад российских ученых-медиков в историю науки будет достойно представлен в последующих публикациях наших британских коллег. 200-летие со дня рождения Николая Ивановича Пирогова служит тому достойным поводом.

Поступила 10.06.10

<sup>4</sup>Potter R. The Greatest Benefit to Mankind: A Medical history of humanity from Antiquity to the Present. — London: FontanaPress, 1997. — P. 367.

<sup>5</sup>Harold Ellis. A History of Surgery. — London: Greenwich Medical Media Ltd., 2002. — P. 135.

<sup>6</sup>Sorokina T. S. // J. Roy. Coll. Physicians Lond. — 1995. — Vol. 29, N 1. — P. 57—64.

© М. Ш. КНОПОВ, В. К. ТАРАНУХА, 2010

УДК 616.83-089:92 РОМОДАНОВ

*М. Ш. Кнопов, В. К. Тарануха*

## **ВИДНЫЙ УЧЕНЫЙ И ТАЛАНТЛИВЫЙ НЕЙРОХИРУРГ А. П. РОМОДАНОВ (к 90-летию со дня рождения)**

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

*В статье представлен жизненный и творческий путь выдающегося отечественного нейрохирурга, организатора здравоохранения, общественного деятеля, педагога, академика АМН СССР Андрея Петровича Ромоданова.*

**Ключевые слова:** *А. П. Ромоданов, нейрохирургия*

**PROMINENT AND TALENTED NEUROSURGEON: TO THE NINETEENTH ANNIVERSARY OF  
ACADEMICIAN A.P. ROMADANOV**

*M.S. Knopov, V.K. Taranukha*

*The article deals with the course of life and creative development of prominent national neurosurgeon, health professional, public activist, pedagogue, USSR Academy of Medical Sciences academician Andrei Petrovich Romodanov.*

**Key words:** *A.P. Romadanov, neurosurgery*

В когорте крупных ученых-медиков нашей страны достойное место по праву принадлежит видному отечественному нейрохирургу, талантливому организатору здравоохранения, известному общественному деятелю, замечательному педагогу, академику АМН СССР, заслуженному деятелю науки УССР,

лауреату Государственной премии УССР, Герою Социалистического Труда профессору Андрею Петровичу Ромоданову. В медицине он прошел большой и сложный путь от аспиранта Киевского психоневрологического института до признанного лидера украинской нейрохирургической школы, одного из известных нейрохирургов нашей страны. Человек большого организаторского таланта и неиссякаемой энергии, благодаря неутомимой деятельности и исключительным личным качествам он снискал всеобщее уважение и признание. Плодотворная науч-

*М. Ш. Кнопов* — д-р мед. наук, проф. каф. (946-05-23);  
*В. К. Тарануха* — канд. мед. наук, доц. (613-51-68).

ная, клиническая и педагогическая работа, а также солидные труды в различных областях нейрохирургии сделали его имя хорошо известным широкой медицинской общественности страны и за рубежом.

А. П. Ромоданов родился 11 ноября 1920 г. в г. Лубны Полтавской области в семье педагога. В 1942 г. окончил лечебный факультет Киевского медицинского института, эвакуированный в годы Великой Отечественной войны в Челябинск, и затем до конца войны находился в действующей армии Западного, а в последующем 1-го Украинского фронтов в качестве врача-хирурга. День Победы он встретил в Праге хирургом бригады 3-й гвардейской танковой армии.

Путь нейрохирурга Андрей Петрович начал в 1946 г. в аспирантуре Киевского психоневрологического института, а затем Киевского научно-исследовательского института нейрохирургии под руководством акад. АМН СССР А. И. Арутюнова, ближайшим сотрудником и помощником которого он был на протяжении 18 лет. В 1949 г. защитил кандидатскую диссертацию "Травматические гранулемы головного мозга". С 1950 г. заведовал детским отделением Киевского института нейрохирургии. В 1951 г. был назначен заместителем директора этого института по научной работе, а в 1964 г. — его директором. В 1963 г. защитил докторскую диссертацию "Опухоли головного мозга у детей".

В 1970 г. А. П. Ромоданову было присвоено почетное звание заслуженного деятеля науки УССР, в 1974 г. его избрали академиком АМН СССР, а в 1978 г. он был удостоен Государственной премии УССР.

А. П. Ромоданов опубликовал свыше 350 научных работ, в том числе 19 монографий, атласов, библиографий; он автор 15 изобретений. Диапазон научных интересов Андрея Петровича широк и многогранен. Это нейротравматология, нейроонкология, сосудистая патология ЦНС, функциональная нейрохирургия. Отдельного упоминания заслуживают такие работы, как "Травматические гранулемы головного мозга" (1955), "Мозговой геморрагический инсульт" (1971, совместно с Г. А. Педаченко), "Метастатические опухоли головного мозга" (1973, совместно с др.), "Сосудистая патология головного и спинного мозга. Библиография отечественной литературы 1917—1970 гг." (1973, совместно с К. Э. Рудяк), "Опухоли головного мозга" (1976, совместно с др.), "Саркомы головного мозга" (1977, совместно с др.), "Атлас топической диагностики заболеваний нервной системы" (1979, совместно с др.), "Опухоли головного и спинного мозга. Библиографический указатель отечественной литературы 1962—1979 гг." (1980, совместно с К. Э. Рудяк), "Острые нарушения мозгового кровообращения" (1980, совместно с Г. А. Педаченко) и др.

Первые исследования, проведенные в послевоенные годы, Андрей Петрович посвятил вопросам диагностики и хирургического лечения травматических гранулем головного мозга. Результаты этих исследований обобщены в кандидатской диссертации и монографии "Травматические гранулемы головного мозга" (1955). В серии работ рассматривались клинко-физиологические аспекты внутричерепной гипертензии.

Значительное место в научной деятельности ученого занимали проблемы детской нейрохирургии. Им были сформулированы новые теоретические принципы, характеризующие динамику соотношений очаговых и общемозговых нарушений при опухолях головного мозга в детском возрасте, развито представление о фазности клинических проявлений опухолевого процесса как отражения патофизиологических соотношений между факторами патологического воздействия опухоли на мозг и состоянием компенсаторных механизмов организма. Результаты этих многолетних исследований положены в основу докторской диссертации и монографии "Опухоли головного мозга у детей" (1965).

Возглавив Киевский научно-исследовательский институт нейрохирургии, А. П. Ромоданов с сотрудниками начал комплексное изучение новых разделов нейрохирургии. Были разработаны нейрохирургические аспекты диагностики и лечебной тактики при внутричерепных кровоизлияниях. Они отражены в монографии "Мозговой геморрагический инсульт" (1971). Организованы специализированные неврологические "инсультные" бригады скорой помощи в Киеве, а затем и в других городах Украины. В последующем под руководством А. П. Ромоданова успешно проводилась интенсивная работа по хирургическому лечению каротидно-кавернозных соустьев, артериальных и артериовенозных аневризм головного мозга. На протяжении многих лет он систематически проводил работу по внедрению микрохирургической техники при операциях по поводу краниобазальных опухолей и сосудистых заболеваний головного мозга, разрабатывал принципы и методы диагностики и хирургического лечения черепно-мозговой травмы у новорожденных. А. П. Ромоданов стал инициатором создания первых в нашей стране специализированных отделений для больных с данной патологией.

В поле зрения ученого постоянно находились различные аспекты функциональной нейрохирургии — хирургическое лечение эпилепсии, неукротимые боли и стереотаксическая хирургия опухолек гиперкинезов. За разработку методов стереотаксической хирургии он с соавторами в 1978 г. был удостоен Государственной премии УССР. В 1982 г. за разработку принципов и методов диагностики и хирургического лечения черепно-мозговой травмы у новорожденных Андрей Петрович с соавторами удостоен именной премии Н. Н. Бурденко.

Особое внимание А. П. Ромоданов уделял разработке проблемы химиотерапии злокачественных внутримозговых опухолей головного мозга и стал организатором этого вида лечения в нейрохирургической сети страны. Возглавляемое им учреждение было союзным методическим центром и базой международного сотрудничества по нейроонкохимиотерапии.

По инициативе и при участии А. П. Ромоданова была разработана эффективная методика восстановительного лечения нарушенных двигательных функций после травм, сосудистых заболеваний и удаления опухолей головного мозга. В Киевском научно-исследовательском институте нейрохирургии был организован отдел реабилитации в нейрохирургии, на базе которого стала работать первая в стране кафедра реабилитации невролого-нейрохирургических больных Киевского института усовершенствования врачей. В последние годы жизни ученый уделял большое внимание разработке проблемы легкой черепно-мозговой травмы и нейротрансплантации.

Подводя итог краткой характеристики научной деятельности А. П. Ромоданова, следует подчеркнуть, что наиболее характерными его чертами как ученого и клинициста являлись обширная научная эрудиция, способность к широкому теоретическому обобщению, глубокий физиологический анализ наблюдаемых в клинике явлений, что позволило рассматривать патологические процессы не как повреждение того или иного органа, а как нарушение функции целостного организма в его реакции на болезнетворную причину. Для исследований этого ученого всегда были характерны высокий теоретический уровень и большая практическая направленность. Как уже отмечалось, ему принадлежат фундаментальные исследования по диагностике и хирургическому лечению черепно-мозговой травмы, опухолевых и сосудистых заболеваний головного мозга и эпилепсии, а также работы по хирургическому лечению травматических гранулем головного мозга и опухолей головного и спинного мозга у детей. Внедрение достижений научных исследований в практику здравоохранения — важнейший раздел творческой деятельности А. П. Ромоданова, что нашло отражение в многочисленных методических рекомендациях, подготовленных при его непосредственном участии.

Андрей Петрович обладал высокими организаторскими способностями. Это был подлинный организатор медицинской науки. Руководимый им Киевский научно-исследовательский институт нейрохирургии стал одним из ведущих учреждений этого профиля в нашей стране. Институт был широко известен за рубежом и плодотворно сотрудничал с нейрохирургами Германии, Венгрии, Польши, Югославии и др. С 1986 г. А. П. Ромоданов одновременно с упомянутым институтом возглавлял кафедру нейрохирургии Киевского медицинского института, а в 1987 г. по его инициативе и непосредственном участии было организовано первое в стране учебное научно-производственное объединение (УНПО) "Нейрохирургия", в состав которого вошли Киевский научно-исследовательский институт нейрохирургии, кафедра нейрохирургии Киевского медицинского института, кафедры нейрохирургии и реабилитации Киевского института усовершенствования врачей, а также практические нейрохирургические учреждения Киева. Обучение студентов и врачей на базе упомянутого УНПО позволило поднять на новый уровень качество их подготовки. Были пересмотрены учебные планы, подготовлен новый курс лекций, изданы "Атлас топической диагностики заболеваний нервной системы" (1987), "Атлас операций на головном мозге" (1986), "Методические рекомендации для преподавателей к проведению практических занятий по нейрохирургии на лечебном факультете" (1988) и др. В 1987 г. на базе УНПО был организован факультет повышения квалификации преподавателей-нейрохирургов медицинских институтов страны.

В течение многих лет А. П. Ромоданов был главным нейрохирургом Минздрава УССР, вкладывая все силы, знания и опыт в реорганизацию нейрохирургической службы Украины — создание специализированных межобластных нейрохирургических центров по основным разделам дисциплины, что способствовало повышению качества работы указанной службы и дальнейшему развитию нейротравматологической помощи в республике.

Видный ученый, высокоэрудированный специалист-нейрохирург, человек с широким кругозором, всегда доброжелательный к людям, А. П. Ромоданов объединял вокруг себя талант-

ливую молодежь. Андрей Петрович был замечательным педагогом и воспитателем молодых врачей. Свой огромный опыт крупного организатора нейрохирургической науки и блестящего хирурга-клинициста он постоянно передавал своим ученикам в аудиториях, операционных или просто в беседе. Среди воспитанников А. П. Ромоданова свыше 70 докторов и кандидатов медицинских наук, а также большое число врачей-нейрохирургов, благодарных ему за то, что он дал им путевку в науку и практическое здравоохранение. Его ученики стали высококвалифицированными специалистами и учеными. Он по праву считается создателем украинской нейрохирургической школы. Многие десятки и сотни врачей, проходившие усовершенствование у профессора А. П. Ромоданова и вдохновленные его идеями и мыслями, называют себя выходцами из школы А. П. Ромоданова. Андрей Петрович и его школа прежде всего брались за разработку самых злободневных нейрохирургических вопросов, которые ставила жизнь перед наукой. Вот почему школа А. П. Ромоданова всегда отличалась новизной и перспективностью научных направлений, постоянным поступательным движением.

Глубокие и разносторонние знания и творческая энергия Андрея Петровича нашли достойное применение в его общественно-научной деятельности. В течение 18 лет он был членом президиума АМН СССР, а также являлся заместителем председателя Всесоюзного и председателем Украинского научных об-

ществ нейрохирургов, ответственным редактором раздела "Нейрохирургия" Большой медицинской энциклопедии, членом редколлегии журналов "Вопросы нейрохирургии" и "Клиническая хирургия", председателем Украинского отделения общества "СССР—Франция". Деятельность А. П. Ромоданова получила международное признание, он был членом исполнительного комитета Европейской ассоциации нейрохирургов, почетным членом Общества нейрохирургов им. Х. Кушинга (США), научного общества им. Я. Пуркиньи (Чехословакия), а также венгерского, югославского, португало-испанского, скандинавского и других научных обществ нейрохирургов.

Родина высоко оценила самоотверженный труд А. П. Ромоданова, наградив его двумя орденами Ленина, орденом Октябрьской Революции, орденами Отечественной войны I и II степени, орденом Трудового Красного Знамени, двумя орденами Красной Звезды и многими медалями.

А. П. Ромоданов умер 6 августа 1993 г.

Врач высочайшей квалификации и видный ученый, человек большого организаторского таланта и неиссякаемой энергии, создатель крупной нейрохирургической школы и известный общественный деятель — таким навсегда вошел в историю отечественной нейрохирургии Андрей Петрович Ромоданов. Его жизненный и творческий путь — достойный пример беззаветного служения своему народу и избранной профессии.

Поступила 12.02.10

© И. А. ЯКУПОВ, А. И. ЗАВЬЯЛОВ, 2010

УДК 616.5+616.97:93:92 ГРИГОРЬЕВ

И. А. Якупов<sup>1</sup>, А. И. Завьялов<sup>2\*</sup>

## ПРОФЕССОР П. С. ГРИГОРЬЕВ И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ

<sup>1</sup>ГУЗ Кожно-венерологический диспансер № 21 Управления здравоохранения ЮОАО Москвы, <sup>2</sup>ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского

*В статье в историческом аспекте представлены краткие биографические сведения о проф. П. С. Григорьеве, касающиеся вопросов формирования его как врача, педагога, ученого, организатора и основателя Саратовской научной школы дерматовенерологов первой половины XX века. Показан научный вклад и приоритет П. С. Григорьева и его учеников в развитие отечественной и мировой дерматовенерологической науки.*

Ключевые слова: проф. П. С. Григорьев, биография, дерматовенерология, научная школа

### PROFESSOR P.S. GRIGORIEV AND HIS ROLE IN THE DEVELOPMENT OF DERMATOVENEREOLIC SCIENCE AND PRACTICE

Yakupov I.A., Zavalov A.I.

*The article deals with the historical data related to short biography details of professor Grigoriev concerning the characteristics of his development as physician, pedagogue, scholar, organizer and founder of Saratov scientific school of dermatovenerology in the first half of XX century. The input and priority of professor Grigoriev and his followers into the development of national and international science of dermatovenerology is demonstrated.*

Key words: Grigoriev, biography, dermatovenerology, scientific school

Павел Семенович Григорьев (1879—1940) — это имя навсегда вошло в историю медицинской науки нашей страны как одного из выдающихся отечественных дерматовенерологов, внесшего существенный вклад в развитие не только российской, но и мировой науки в области дерматологии и венерологии в 20—30-е годы XX столетия.

После окончания с отличием Военно-медицинской академии в Петербурге в 1903 г. получил степень лекаря и был направлен младшим врачом 2-го Софийского полка, а затем переведен в 225-й резервный Лесной полк. В апреле 1907 г. после выхода в отставку П. С. Григорьев был зачислен в запас чиновником Военно-медицинского ведомства по Саратовскому уезду. Протоколом врачебного отделения Губернского Правления, утвержденным Саратовским губернатором, Павел Семенович с 18 марта 1910 г. определен сверхштатным ординатором венерологического отделения Саратовской губернской земской Александровской больницы, возглавляемого опытным и уважаемым в городе дерматовенерологом доктором В. Н. Козловым. С первых дней врачебной деятельности в гражданском медицинском учреждении П. С. Григорьев проявляет интерес к научной ра-

боте и активно участвует в работе Физико-медицинского общества, где в 1910 г. выступает с двумя обстоятельными докладами: "Обзор работ по сифилису, венерическим и кожным болезням", "Систематический обзор литературы по вопросу о применении арсенбензола при сифилисе". Обладая пытливым умом и наблюдательностью, П. С. Григорьев описывает случай эпилептиформных припадков после применения сальварсана, а затем публикует его в "Русском журнале кожных и венерических болезней" (1912).

В 1911 г. Григорьев в течение 5 летних месяцев находился в командировке за границей, где занимался изучением клинической дерматологии у проф. М. Йозефа, гистологии кожных болезней и сифилиса у приват-доцента Ф. Пинкуса. Кроме того, изучал постановку реакции А. Вассермана у приват-доцента Г. Мейера и методы лечения сальварсаном у приват-доцента Г. Майера, а также способы эндоскопии и эндотерапии гонореи у проф. Ф. Воссидло и приват-доцента Р. Лонштейна. Получив фундаментальную подготовку по специальности в лучших клиниках Европы, П. С. Григорьев возвращается в Саратов и продолжает работать врачом-венерологом в Саратовской губернской земской Александровской больнице.

С организацией кафедры систематического и клинического учения о накожных и сифилитических болезнях в 1912 г. в Императорском Николаевском университете (Саратов), П. С. Гри-

\*И. А. Якупов — врач-дерматовенеролог (yailyz@mail.ru); А. И. Завьялов — д-р мед. наук, проф. каф. (8-8452-22-38-13)





П. С. Григорьев

Григорьев советом университета 20 октября 1912 г. был избран на должность клинического ординатора кафедры, возглавляемой проф. В. И. Тербинским. Проявив незаурядные организаторские способности, П. С. Григорьев активно участвует в лечебном и педагогическом процессах на кафедре и занимается научно-исследовательской работой. Весной 1913 г. на основании постановления медицинского факультета он был командирован на средства университета в Германию на 4 мес с целью изучения применения в дерматологии рентгено- и физиотерапии, а также приобретения аппаратуры для организации на кафедре светолечебного и урологического кабинетов. Обучение проходил в светолечебном институте при кафедре дерматологии Берлинского университета под руководством приват-доцента Н. Цедена. В этом же университете он слушал лекции проф. В. Орта по патологической анатомии, проф. Е. Лессера по дерматологии и сифилидологии<sup>1</sup>.

После окончания ординатуры в 1915 г. П. С. Григорьев переходит младшим ассистентом на кафедру общей патологии и микробиологии, где под руководством проф. А. А. Богомольца успешно выполняет экспериментальное исследование (1915—1918). Результаты проведенных исследований были представлены в 1918 г. в совет медицинского факультета университета в качестве диссертации на степень доктора медицины на тему: "К вопросу о простатолизинах". Работа подвергается публичному диспуту и по основным положениям защиты признается единогласно вполне удовлетворительной. В декабре того же года П. С. Григорьев избирается профессором высших женских медицинских курсов и на правах доцента читает курс дерматовенерологии студентам медицинского факультета университета. Лишь в 1919 г., когда высшие женские медицинские курсы слились с медицинским факультетом, заведование кафедрой кожных и венерических болезней советом университета было поручено П. С. Григорьеву, утвержденному в этой должности в результате всеобщего конкурса в марте 1920 г.<sup>2</sup>

В 1921 г. под руководством П. С. Григорьева были открыты стационар на 40 коек, клиническая амбулатория с общим дерматовенерологическим приемом, аудитория на 140 мест, развернуты гистологическая, серологическая, клиническая и фотомужья лаборатория. По его инициативе возобновляется работа Саратовского научного общества дерматологов и венерологов, основанного первым заведующим кафедрой проф. В. И. Тербинским в феврале 1914 г., деятельность которого была прервана Первой мировой и гражданской войнами<sup>3</sup>.

Обладая огромной энергией, трудолюбием, доброжелательностью и одновременно упорством, умением подбирать перспективную молодежь в науку, нести ответственность за судьбы

пациентов и сотрудников клиники и кафедры, Павел Семенович умело притягивал к себе людей, заинтересованных заниматься научными исследованиями в дерматологии и венерологии. Ближайшими помощниками и учениками П. С. Григорьева в клинике были А. В. Воробьев, Н. С. Эфрон, Г. В. Терентьев, А. С. Зенин, А. Ф. Ухин, З. А. Осипова, Р. Ф. Козлова, Н. С. Храпковская и др., которые впоследствии стали блестящими врачами дерматовенерологами, учеными, руководителями и общественными деятелями.

В начале 20-х годов П. С. Григорьев совместно с сотрудниками клиники включается в работу по борьбе с венерическими и заразными кожными болезнями. С этой целью он уделяет большое внимание организации и становлению венерологической службы в Саратовской губернии. Уже 3 сентября 1923 г. в Саратове был организован 1-й венерологический диспансер им. Пятилетия советской медицины Саратовского губернского отдела здравоохранения, торжественное открытие которого состоялось в зале Губпрофсовета в присутствии делегатов от партийных и профсоюзных организаций. Заведующим диспансером был назначен ученик П. С. Григорьева — ассистент кафедры кожных и венерических болезней Н. И. Окунь<sup>4</sup>.

В 1930 г. при активном участии П. С. Григорьева на базе клиники и кафедры кожных и венерических болезней 1-го венерологического диспансера и венерологического отделения 1-й городской больницы был учрежден Нижневолжский краевой научно-практический венерологический институт. Это позволило значительно расширить научно-исследовательскую работу по экспериментальному сифилису, разработке методов серологической диагностики, изучению ближайших и отдаленных результатов комбинированного метода лечения больных сифилисом препаратами мышьяка и висмута и внедрить в практическое здравоохранение качественные показатели диспансерных методов борьбы с венерическими и заразными кожными заболеваниями<sup>5</sup>.

П. С. Григорьев поддерживал творческую обстановку на кафедре и в клинике, целеустремленно и последовательно организовывал комплексное изучение разнообразных проблем в дерматологии и венерологии. В связи с этим с кафедры вышло большое количество научных работ, не потерявших своего значения и в настоящее время. Под руководством П. С. Григорьева были выполнены две докторские диссертации: Н. С. Эфрона "Сифилитическая плешивость (клинико-гистологическое и экспериментальное исследование)" (1921) и А. Ф. Ухина "Материалы к изучению этиологии чешуйчатого лишая" (1940).

Воспитанный в лучших традициях отечественной медицины и идеях выдающихся клиницистов С. П. Боткина, Г. А. Захарьина, В. М. Тарновского, А. И. Поспелова, А. Г. Ге Павел Семенович был эрудированным, выдающимся клиницистом и крупным прогрессивным ученым-дерматовенерологом. Он был полным новатором, прогрессивным деятелем медицинской науки. Владея иностранными языками, П. С. Григорьев внимательно следил за достижениями отечественной и зарубежной медицинской науки и внедрял их в диагностическую и лечебную практику. В возглавляемой им клинике и кафедре кожных и венерических болезней на высоком уровне были представлены лабораторные и гистологические исследования, особенно в области изучения экспериментального сифилиса.

В своей практической деятельности П. С. Григорьев уделял огромное внимание борьбе с сифилисом как наиболее опасной и распространенной болезни. Одновременно занимался разработкой новых и эффективных методов терапии сифилиса и их осложнений. По этой проблеме П. С. Григорьевым и его учениками было выполнено много научных работ. Среди них "Поздняя желтуха как осложнение сальварсантерапии сифилиса", "К вопросу о Herpes syphiliticus", "Новое в лечении сифилиса", "Висмутотерапия сифилиса по данным Саратовской клиники", "Влияние биохинола на печень" и др. Проведенные исследования имели не только важное теоретическое, но и практическое значение и явились большим вкладом в развитие отечественной сифилидологии.

Кроме того, П. С. Григорьев описал два клинических симптома при манифестных формах сифилиса, которые вошли в историю сифилидологии как симптом Григорьева. Первый относится к вторичному свежесу сифилису: после отторжения массивных корок с везикулезных высыпаний сохраняются пигментные пятна, на которых могут быть мельчайшие рубцы. Второй симптом характерен для третичного сифилиса: возникновение характерных рубцов при инволюции бугорков (рубцы круглые, вдавленные, фокусные, сгруппированные мозаично, неравномерной глубины, пестрой окраски).

Вместе с тем центральное место среди проводимых научных

<sup>1</sup>Архив СГМУ, личное дело П. С. Григорьева, ед. хр. 709, св. 24; Архив ММА им. И. М. Сеченова, личное дело П. С. Григорьева, ф. 726, ед. хр. 569, л. 1—52; ГАСО, ф. Р-332, оп. 5., ед. хр. 1329.

<sup>2</sup>ГАСО, ф. Р-332, оп. 1, ед. хр. 15.

<sup>3</sup>ГАСО, ф. 393, оп. 1, ед. хр. 485; ГАСО, ф. 393, оп. 1, ед. хр. 487.

<sup>4</sup>ГАСО, ф. 2318, оп. 1, ед. хр. 1.

<sup>5</sup>ГАСО, ф. 522, оп. 1, ед. хр. 161.

исследований П. С. Григорьева в 20-е годы занимали проблемы экспериментального сифилиса. Им подробно были описаны гистоморфологические изменения сосудов, эндокринных желез, печени, глаз при экспериментальном сифилисе у кроликов.

Среди многочисленных работ по экспериментальному сифилису наибольшее значение имеют: "Врожденный сифилис, переданный кроличьей, зараженной через переднюю камеру глаза" (1928), в которой П. С. Григорьев впервые в мире убедительно доказал специфичность обнаруженного у потомства кератита и узелковых элементов на коже, и "К вопросу о специфических аортитах при экспериментальном сифилисе" (1928), в которой он впервые установил, что при сифилитических аортитах у кроликов в стенке пораженного сосуда находится большое количество типичных бледных спирохет.

Ценные и интересные данные содержат и другие научные исследования П. С. Григорьева, посвященные экспериментальному сифилису: "К вопросу о гистологическом строении сифилидов у кроликов" (1927), "К вопросу о сифилисе глаз у кроликов" (1928), "К вопросу о заражении сифилисом от трупов" (1928), "Экспериментальный сифилис сердечно-сосудистой системы и печени кроликов" (1929), "Эндокринные железы и сифилис" (1929)<sup>6</sup>.

В 1933 г. П. С. Григорьев совместно с заведующим серологической лабораторией Нижневолжского краевого научно-практического венерологического института М. М. Рапопортом разработали и предложили новый, более простой метод серологической диагностики сифилиса (реакция Григорьева—Рапопорта), за который авторы в 1936 г. были удостоены денежной премии в области медицины им. академика И. П. Павлова. В дальнейшем этот метод серодиагностики на многие годы прочно вошел в рабочий комплекс повседневных серологических реакций на сифилис, принятый в СССР в конце 30-х годов<sup>7</sup>.

В 1936 г. под руководством П. С. Григорьева врач-микробиолог Г. А. Вольферц впервые в мире разработала метод получения чистых культур возбудителя сифилиса непосредственно из крови больного. Ценность данного метода заключалась в том, что была устранена необходимая кропотливая работа по очистке бледной спирохеты от посторонней микрофлоры. Сообщение о полученных результатах этого исследования по просьбе авторов было оглашено Л. М. Pautrier в форме научного доклада на Международной конференции в Страсбурге<sup>8</sup>.

В области дерматологии П. С. Григорьев одним из первых среди отечественных дерматовенерологов провел клинико-экспериментальное изучение по применению лучей Рентгена в терапии больных, страдающих актиномикозом. Широко известна его работа "К вопросу о лейкомиах кожи", в которой автор на основании данных литературы и собственных наблюдений дал детальное описание клинической картины поражений кожи, наблюдаемых при лейкомиах, и разработал классификацию этих поражений.

П. С. Григорьев критически относился к руководствам зарубежных авторов и вносил в них свои коррективы по принципиальным вопросам дерматологии и венерологии, основанные на собственном опыте и современных достижениях медицинской науки. Наряду с этим П. С. Григорьев сам написал прекрасные руководства и учебники, неоднократно переиздававшиеся при его жизни и после его смерти: "Руководство по венерическим болезням" — 2 издания (1923, 1927), "Учебник венерических и кожных болезней" — 2 издания (1933, 1938), "Краткий курс венерических и кожных болезней" — 3 издания (1939, 1944, 1946). Последнее издание "Краткий курс венерических и кожных болезней" в 1950 г. было переведено на литовский язык и рекомендовано в качестве учебника для студентов медицинских вузов республики.

Много труда вложил П. С. Григорьев в организацию и редактирование журналов "Врачебная мысль" и "Клинический журнал Саратовского университета", ответственным редактором которых он оставался до 1931 г.

Велики заслуги П. С. Григорьева как активного общественного деятеля. В 1920—1930-е годы он принимал участие в работе по повышению квалификации врачей-дерматовенерологов, читая цикл лекций по дерматологии и венерологии на курсах усовершенствования при Нижневолжском крайздравотделе. Павел Семенович неоднократно выступал с обстоятельными докладами по актуальным вопросам дерматологии и венерологии на заседаниях Саратовского научного общества дерматологов и венерологов. В период работы в Саратовском университете был

деканом медицинского факультета; в 1932 г. он был назначен заместителем директора Саратовского медицинского института по научной работе. Будучи заместителем директора, он проводит колоссальную работу по организации издания "Трудов Саратовского медицинского института", которые редактировал до сентября 1936 г. Публикация научных работ, выполненных практикующими врачами города и сотрудниками вуза по различным разделам медицины, имела огромное значение в распространении медицинских знаний и способствовала повышению квалификации врачебных кадров<sup>9</sup>.

Из его многочисленных учеников с кафедры кожных и венерических болезней Саратовского медицинского института 6 стали заведующими кафедрами в разных городах страны: А. С. Зенин (Самара), Н. С. Эфрон (Астрахань), Г. В. Терентьев (Астрахань), А. Ф. Ухин (Саратов), В. Г. Андреев (Курск), К. П. Кочетов (Челябинск). Кроме того, двое учеников стали доцентами кафедры: Н. И. Окунь и В. В. Дроздов (Саратов)<sup>10</sup>.

В сентябре 1936 г. П. С. Григорьев, согласно приказу Наркомздрава СССР, переводится на вакантную должность заведующего кафедрой кожных и венерических болезней 1-го Московского медицинского института им. И. М. Сеченова. Возглавив кафедру, он вместе с сотрудниками продолжает заниматься вопросами экспериментального сифилиса и серодиагностики. Одним из ведущих направлений научных исследований в области дерматологии была разработка вопросов этиологии, патогенеза, современных и эффективных методов диагностики и лечения наиболее распространенных хронических дерматозов, недостаточно изученных, но имеющих весьма важное практическое значение в работе врача-дерматолога. Этой проблеме были посвящены научные исследования в виде кандидатских диссертаций М. М. Желтакова "Гистопатология красного плоского лишая" (1939); Л. А. Нерадова "Индуриативный туберкулез кожи" (1941); В. М. Федотова "Семейный псориаз" (1941).

За сравнительно короткий срок он сумел организовать лабораторию экспериментальной сифилидологии, где была развернута масштабная научно-исследовательская работа по изучению биологических свойств и патогенности бледной трепонемы в условиях экспериментального сифилиса, а также реакции и ранних изменений печени кроликов при поражении ее чистой культурой возбудителя.

Сотрудниками кафедры З. А. Якубович и А. А. Варфоломеевой удалось получить непосредственно из крови больного патогенную культуру бледной спирохеты (первый и второй московские штаммы), чистую с первой же пробиорки, что можно считать как крупный научный успех. Патогенная культура бледной спирохеты была использована П. С. Григорьевым и сотрудниками А. П. Дубининым и П. П. Сметанкиной для заражения подопытных животных с целью изучения изменений различных органов и тканей на ранних стадиях экспериментального сифилиса. Особое внимание уделялось ранним реакциям печени при заражении животных патогенной культурой бледной спирохеты. Эксперименты проводили на кроликах и белых мышах. Полученные данные свидетельствовали о том, что у подопытных животных возможно развитие изменений печени специфического характера.

Наиболее полно и плодотворно развернулась общественная деятельность П. С. Григорьева в период его работы в 1-м Московском медицинском институте им. И. М. Сеченова. Он принимал активное участие в деятельности Народного комиссариата здравоохранения СССР в качестве члена Высшей квалификационной комиссии, члена президиума Ученого медицинского совета, председателя секции по борьбе с венерическими и различными кожными заболеваниями, консультанта Наркомздрава, члена экспертной комиссии Комитета по делам высшей школы. Кроме того, его избирают председателем Московского научного общества дерматологов и венерологов им. проф. А. И. Пospelова. Почти в течение четырех лет он был заместителем ответственного редактора, а затем ответственным редактором журнала "Вестник венерологии и дерматологии" и членом редколлегии журнала "Советская медицина"<sup>11</sup>.

Наиболее важное место в общественной деятельности П. С. Григорьева занимала работа в комиссии Ученого медицинского совета при отделе борьбы с кожными и венерическими

<sup>9</sup>Довжанский С. И., Никифорова Н. Е. // Вестн. дерматол. — 1978. № 12. — С. 37—39.

<sup>10</sup>Степанов С. А. Научные медицинские школы Саратовского государственного медицинского университета в прошлом и настоящем. — Саратов, 1995.

<sup>11</sup>Деятели медицинской науки и здравоохранения — сотрудники и питомцы Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. Библиографический словарь (1758—2008) / Сост. М. А. Пальцев, А. М. Сточик, С. Н. Затравкин. — М., 2008.

<sup>6</sup>Завьялов А. И., Потеев Н. С. Павел Семенович Григорьев. — Саратов, 2001.

<sup>7</sup>ГАРФ, ф. 482, оп. 24, ед. хр. 671.

<sup>8</sup>Нуштаев И. А. Саратовские ученые-медики: историко-биографические очерки. Саратов, 1999.

ми болезнями Наркомздрава СССР. На ее заседаниях постоянно заслушивались вопросы о проделанной венерологической службой работе в регионах и в целом по стране по снижению уровня заболеваемости венерическими болезнями; о состоянии санитарного просвещения среди населения; о качестве преподавания дерматовенерологии в медицинских вузах; о ходе выполнения планов научно-исследовательской деятельности Центрального кожно-венерологического и областных научно-практических венерологических институтов; об участии врачей акушеров-гинекологов в борьбе с женской гонореей и др.

Резюмируя многогранную деятельность заслуженного деятеля науки РСФСР проф. П. С. Григорьева, можно с уверенностью сказать, что он по праву заслужил всеобщее признание коллег как один из ведущих и наиболее авторитетных дерматовенерологов нашей страны первой половины XX века. Он умело сочетал разностороннюю научную, врачебно-педагогическую, организаторскую и общественную деятельность, был инициатором организации и становления дерматовенерологической службы в Саратовской области в начале 1920-х годов. Возглавив секцию по борьбе с венерическими и заразными кожными за-

болеваниями при Наркомздраве СССР, П. С. Григорьев приложил немало усилий, направленных на расширение и укрепление материально-технической базы кожно-венерологических диспансеров в СССР, совершенствование методов лечения и учета больных венерическими и заразными кожными заболеваниями.

Перу ученого принадлежит около 70 научных работ. Высокая эрудиция и глубина научных взглядов П. С. Григорьева, большое число проведенных им научных исследований в области дерматологии и сифилидологии внесли существенный вклад в развитие как отечественной, так и мировой дерматовенерологической науки и принесли ему заслуженную славу как выдающемуся российскому ученому. Его многогранная научная, врачебная, педагогическая и общественная деятельность получила всеобщее признание уже при жизни ученого.

Несомненно, особая заслуга принадлежит П. С. Григорьеву как автору прекрасных учебников для студентов и специальных руководств для врачей-дерматовенерологов, которые в течение многих десятилетий являлись настольными книгами у специалистов.

Поступила 23.01.10

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2010

УДК 614.2:93(470.11)

А. М. Вязьмин, А. Л. Санников, Ж. Л. Варакина

## ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ГУБЕРНИИ НА РУБЕЖЕ XIX—XX ВЕКОВ

ГОУ ВПО Северный государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ, Архангельск

*Рассмотрены основные показатели общественного здоровья Архангельской губернии на рубеже XIX—XX веков: численность населения, состав по полу, возрасту, семейному статусу, экономической активности, уровню рождаемости, смертности. Проанализированы семейные и культурные традиции на Поморском Севере. Даны основные характеристики состояния и структуры системы здравоохранения того периода.*

**Ключевые слова:** географическое положение, плотность населения, состав населения, смертность

### THE PUBLIC HEALTH OF ARKHANGELSKAYA GUBERNIA IN LATE XIX – EARLY XX CENTURY

A.M. Viazmin, A.L. Sannikov, J.L. Varakina

*The main indicators of public health in Arkhangelskaya gubernia in late XIX- early XX centuries are discussed. Among these indicators the article deals with population number, gender structure, economic activity, birth rate and mortality. The family and cultural traditions in Pomor North are analyzed. The major characteristics of state and structure of public health system functioning during this period are given.*

**Key words:** population, mortality, natality, family

В конце XIX столетия Архангельская губерния имела более широкие границы, включая Кемский, Кольский, Мезенский, Онежский, Печорский, Пинежский, Холмогорский, Шенкурский и Архангельский уезды, и занимала 742 759 кв. верст (792 375 кв. км), ее площадь была больше не только каждой из остальных губерний Европейской России, но и любого государства Западной Европы. Плотность населения составляла 0,5 жителя на 1 кв. версту, что являлось довольно низким по сравнению с общероссийскими показателями (6,66)<sup>1</sup>. Все население в тот период распределялось по 3300 населенным пунктам, из которых только в 16 было более чем по 1000 жителей<sup>2</sup>.

На протяжении столетий окраинное географическое положение, труднодоступность территории и неблагоприятные климатические факторы препятствовали равноправному вхождению Поморского Севера в единое экономическое пространство России. Данные условия предопределили формирование особой демографической ситуации, отличающейся, в частности, низ-

кой плотностью населения, что в свою очередь препятствовало развитию экономики и социальной инфраструктуры губерний<sup>3</sup>.

По данным первой Всеобщей переписи населения Российской империи на 28 января 1897 г. общее число жителей губернии составило около 350 000 человек, в настоящее время такова численность населения Архангельска. Женщин было на 11% больше, чем мужчин (рис. 1). Преобладало сельское население — 90,1%, что на 5,1% выше общероссийских данных. При этом в городах проживало население преимущественно в возрасте 20—49 лет, если рассматривать только мужское население, то это были лица в возрасте 20—29 лет, что следует объяснять концентрацией в городах вооруженных сил и рабочего населения. Этим же можно объяснить и преобладание женщин над мужчинами в сельской местности<sup>4</sup>: в городах на 1000 мужчин приходилось 1020 женщин, в уездах — 1127. По России же в целом<sup>5</sup> на 1000 мужчин приходилось 1055 женщин, в городе — 1081, в сельской местности — 885. Удельный вес лиц пожилого возраста (старше 60 лет) в губернии, по данным переписи 1897 г., состав-

А. М. Вязьмин — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (8182-26-32-26); А. Л. Санников — д-р мед. наук, проф. каф. (8182-28-57-84); Ж. Л. Варакина — канд. мед. наук, доц. каф.

<sup>1</sup>Демоскоп Электронная версия бюллетеня "Население и общество". № 421-422 (1—23 мая, 2010) // <http://www.demoscope.ru>

<sup>2</sup>Первая Всеобщая перепись населения Российской Империи, 1897. Издание Центрального статистического комитета Министерства внутренних дел / Под ред. Н. А. Тройницкого. Архангельская губерния, тетрадь 3, 1904.

<sup>3</sup>Государственный архив Архангельской области (ГААО). Ф. 43. — оп. 2. — л. 711. — л. 1—5; Сидоров П. И., Вязьмин А. М. Здравоохранение Севера: медико-социальные проблемы развития. — Архангельск, 1998.

<sup>4</sup>Первая Всеобщая перепись населения Российской Империи, 1897. Издание Центрального статистического комитета Министерства внутренних дел / Под ред. Н. А. Тройницкого, Архангельская губерния, тетрадь 3, 1904.

<sup>5</sup>Демоскоп. Электронная версия бюллетеня "Население и общество". № 421—422 (1—23 мая, 2010) // <http://www.demoscope.ru>

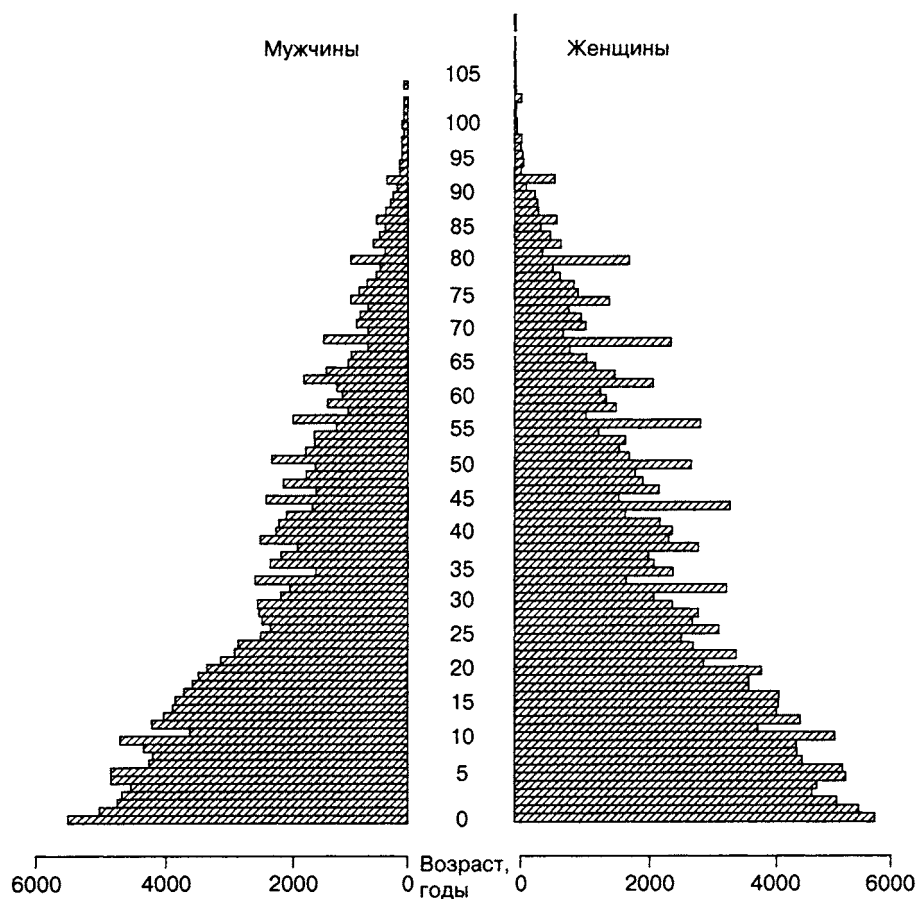


Рис. 1. Возрастно-половой состав населения Архангельской губернии по данным первой Всеобщей переписи населения Российской империи 1897 г.

лял 6,8%, что на 12,2% ниже, чем в настоящее время в Архангельской области<sup>6</sup>. К началу Первой мировой войны население губернии составляло уже около 400 000 человек<sup>7</sup>.

По семейному статусу в 1897 г. население территории распределялось следующим образом: на 1000 жителей приходилось 562 человека, никогда не состоявших в браке, 358 состоящих, 78 вдовых, 0,2 разведенных и 0,6 не указали семейный статус<sup>8</sup> (по Российской империи<sup>9</sup> соответственно) 546, 395, 58, 0,7 и 0,6). Была изучена брачная активность населения северных территорий. Можно отметить два общих для сельской и городской местности сезонных пика ее активности. Первый приходился на январь—февраль (между Крещением и Масленицей), когда деревенские жители справляли 61,8% свадеб, а городские — 39,5%; второй — на октябрь—ноябрь, когда зафиксировано 12,5% браков в сельской местности и 20,2% — в городах<sup>10</sup>.

В табл. 1 представлены данные об экономической деятельности населения губернии. Сельское население занималось в основном земледелием, жители городов работали на предприятиях обрабатывающей промышленности. Занятость мужчин в промышленности в 5 раз превышала таковую среди женщин. На каждое экономически активное лицо приходилось членов семьи, занятых в земледелии, 4,1, рыболовстве и охоте 2,8, животноводстве 2,9 и обработке дерева 0,9, но данное распределение во многом зависело от географического расположения уездов (на северных территориях более распространенным являлось рыболовство, на южных — земледелие). Относительное

<sup>6</sup>Там же.

<sup>7</sup>Прошина Т. И. История социальной работы на Архангельском Севере. Конец XVIII—середина XX века: Учебное пособие. Архангельск, 2007.

<sup>8</sup>Первая Всеобщая перепись населения Российской Империи, 1897. Издание Центрального статистического комитета Министерства внутренних дел / Под ред. Н. А. Тройницкого. Архангельская губерния, тетрадь 3, 1904.

<sup>9</sup>Демоскоп. Электронная версия бюллетеня "Население и общество. № 421—422 (1—23 мая, 2010) // <http://www.demoscope.ru>

<sup>10</sup>Зверев В. А. // Актуальн. вопр. истории Сибири. — Барнаул, 2002. — С. 306—309.

число занятых мужчин в возрасте до 20 лет вдвое, а в возрасте старше 60 лет в 1,5 раза превышает данное число среди женщин, что было в целом характерно для данного исторического периода, когда семьи были многодетными, а женщине отводилась роль домохозяйки. Распределение по возрастным группам занятого населения имеет следующую характерную особенность: численность мужчин достаточно быстро увеличивается до возраста 40—59 лет, но затем начинает резко снижаться; численность женщин возрастает медленно до возрастного периода 60 лет и старше (табл. 2), что связано с необходимостью трудовой деятельности вдовствующих<sup>11</sup>.

Население состояло преимущественно из русских (850 на 1000 населения), зырян (67), карелов (56), самоедов (11), лопарей (5) и др. Представляет интерес регистрация населения по наличию инвалидности (физические недостатки); всего на тот период инвалидов было 507 на 100 000 жителей. В соответствии с диагностической терминологией переписи слепых от рождения было 46, ослепших — 223, глухонемых — 119, немых — 35 и умалишенных — 84, при этом в сельской местности данные показатели, кроме психических расстройств, выше (рис. 2). Уровень инвалидности среди мужчин практически по всем заболеваниям (кроме связанных с потерей зрения) выше<sup>12</sup>. Для жителей Поморья характерно доброжелательное и уважительное отношение к лицам, имевшим физические дефекты, считалось богоугодным делом их накормить и обогреть<sup>13</sup>.

Рождаемость в Архангельской губернии на рубеже веков составляла 40,0‰ (ниже, чем по России), смертность — около 25‰. Смертность мужчин превышала таковую женщин (112 и 100 соответственно)<sup>14</sup>. Несмотря на суровые климатические условия и отсутствие доступности медицинской помощи уровень детской смертности в Архангельске в начале XX столетия был значительно ниже, чем в таких городах, как Москва, Саратов, Петербург, составляя 24,3 на 1000 родившихся. Таким образом, губерния относилась к числу наиболее благополучных территорий по уровню смертности населения<sup>15</sup>.

Смертность на Русском Севере носила волновой характер,

Таблица 1

**Распределение населения Архангельской губернии по видам экономической деятельности, по данным переписи 1897 г. (на 1000 населения)**

Виды экономической деятельности	Архангельская губерния	Городское население	Сельское население
Земледелие	690	120	751
Рыболовство и охота	69	19	74
Обрабатывающая промышленность	60	232	41
Непромысловые занятия	35	192	17
Животноводство	33	2	37
Частная служба	30	167	15
Транспорт	26	44	24
Торговля	16	89	8

<sup>11</sup>Первая Всеобщая перепись населения Российской Империи, 1897. Издание Центрального статистического комитета Министерства внутренних дел / Под ред. Н. А. Тройницкого, Архангельская губерния, тетрадь 3, 1904.

<sup>12</sup>Там же.

<sup>13</sup>Социальная работа: история и современность / Под ред. Р. И. Даниловой. — Архангельск, 2007.

<sup>14</sup>Прошина Т. И. История социальной работы на Архангельском Севере. Конец XVIII—середина XX века: Учебное пособие. — Архангельск, 2007.

Таблица 2

**Распределение занятого населения Архангельской губернии по полу и возрасту, по данным переписи 1897 г. (на 1000 населения)**

Пол	Возраст, годы				
	12—14	15—19	20—39	40—59	60 и старше
Оба пола	116	206	408	561	500
Женщины	111	146	165	239	265
Мужчины	120	269	685	950	851

можно отметить два сезонных всплеска смертности: весна (март—апрель) и лето (июнь—август), когда смертность на территории была в 1,3 раза выше среднегодового уровня. Минимальный уровень смертности приходился на два осенних месяца — октябрь и ноябрь<sup>16</sup>.

Главными факторами, обуславливающими высокую детскую смертность, являлись бедность, довольно низкий уровень гигиенической культуры и неправильное искусственное вскармливание. В России по инициативе передовых врачей того времени Н. А. Русских, И. В. Русакова и Г. Н. Сперанского в 1904 г. организован "Союз борьбы с детской смертностью", который собирал пожертвования для создания консультаций для матерей и молочных лабораторий. Данная проблема по предложению врача С. А. Паперна была рассмотрена в марте 1910 г. на заседании Архангельского городского санитарного попечительства. По его решению 30 июня 1910 г. в Архангельске открылось учреждение "Капля молока". В задачи организации входило оказание консультативной помощи матерям по вскармливанию и уходу за детьми; ежедневная выдача молока и питательных смесей детям, вскармливаемым искусственно; лечение грудных детей, страдающих главным образом желудочно-кишечными заболеваниями; выдача ежемесячных денежных пособий нуждающимся матерям, главным образом матерям внебрачных детей<sup>17</sup>.

Традиции северной семьи имели свои характерные особенности: родители не стремились выдать замуж своих дочерей, поскольку они нужны были в качестве работниц; не были редкостью внебрачные связи, при рождении внебрачного ребенка женщину скорее брали замуж, поскольку было ясно, что она может рожать; официальных разводов в крестьянских семьях не было<sup>18</sup>. Что интересно, данные тенденции сохраняются и в настоящее время, уровень внебрачной рождаемости в Архангельской области превышает среднероссийские показатели, составляя около 40%.

Причиной смертности в XIX веке были в основном инфекционные болезни. Так, в 1831 г. в Архангельске разразилась эпидемия холеры, только в Соломбале (район города) умерли 700 человек<sup>19</sup>. Данное явление повторилось в 1920—1922 гг., когда холера, а также малярия распространились на север страны. Тяжелые формы тропической малярии отмечались и в Архангельской губернии<sup>20</sup>. В 1831 г. в народе распространились слухи, что врачи сами напускают болезнь; это привело к преследованию медицинских работников. В 1908 г. в Кемском уезде холеру отпугивали кострами и оружейными выстрелами. Даже в 1920-е годы население часто отказывалось от прививок и лечения. Также на Севере были распространены глистные инвазии, что объясняется употреблением недоброкачественной пищи, а также

<sup>15</sup>Тевлина В. В. // Поморский летописец: Альманах. вып. 1. — Архангельск, 2002.

<sup>16</sup>Зверев В. А. // Актуальн. вопр. истории Сибири. — Барнаул, 2002.

<sup>17</sup>Конаржевский И. К. // Русский медицинский вестник. — СПб., 1902. — С. 15—32.

<sup>18</sup>Бернштам Т. А. Молодежь в обрядовой жизни русской общины XIX—начала XX в. — М., 1988. — С. 227—228; Федулова А. Б., Куройтева Л. А. Образ жизни поморской семьи: традиции и современность. Исследование современных проблем общества в контексте социальной работы. — Архангельск, 2008.

<sup>19</sup>Здыбка С. А. Военный госпиталь в развитии больничного дела на Архангельском Севере. — Архангельск, 2008.

<sup>20</sup>Генрици А. А. Воспоминание о пережитых мною холерных эпидемиях. — М., 2002.

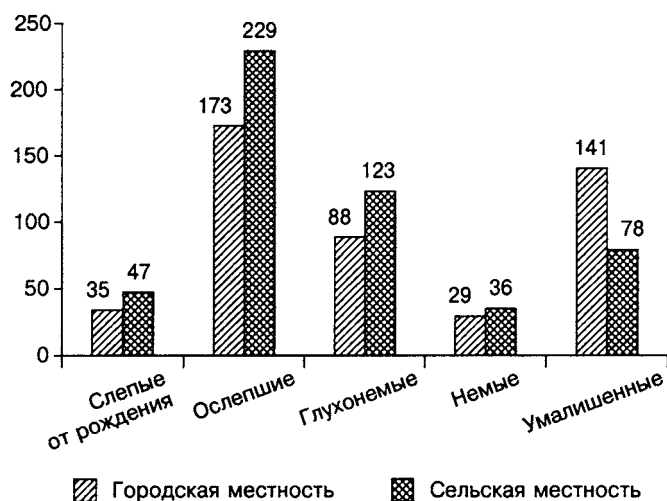


Рис. 2. Распределение населения Архангельской губернии по видам физических недостатков (на 1000 населения) по данным переписи 1897 г.

сыроедением (ненцы). В Пинежском уезде на протяжении всего этапа письменной истории фиксировались истерические припадки ("икотница", "пинежская икота"), — логоневроз, которому были подвержены женщины, изнуренные частыми родами, положение усугублялось плохим питанием, тяжелыми климатическими условиями и отсутствием необходимого лечения<sup>21</sup>.

В конце XIX века в губернии сформировалась система учреждений здравоохранения: стационарная помощь в губернии оказывалась 9 больницами приказа общественного призрения, лечебницей императора Александра II, городской амбулаторией, в штате которой были 2 врача и сестринский персонал, а также 4—5 заводскими больницами и 13—17 частнопрактикующими врачами<sup>22</sup>. В 1894 г. в губернии было 18 штатных единиц врачебного персонала. Однако 25—30% этих ставок годами оставались вакантными из-за низкого жалования земских врачей и тяжелых условий труда. В среднем на 1 врачебный участок приходилось 41 263 кв. версты (44 019 кв. км), колебание радиуса участка от 30 до 400 км. Так же остро стоял вопрос комплектования штатных должностей среднего медицинского персонала. С открытием в 1876 г. фельдшерско-повивальной школы в Архангельске число фельдшеров превысило количество врачей в губернии в 4 раза. В тот период росла потребность населения в медицинской помощи: если в 1893 г. было зафиксировано 34 770 первичных обращений, что составляло 9,7% всего населения, то в 1905 г. — 45,5%. Деятельность всех медицинских учреждений ограничивалась постоянной нехваткой финансовых средств<sup>23</sup>.

Проведенный анализ общественного здоровья и здравоохранения Архангельской губернии на рубеже XIX—XX веков показал особенный демографический статус и поведения жителей Поморья. Это связано с территориально-географическими и климатическими проблемами освоения и экономического развития территорий, низкой плотностью населения и удовлетворительной обеспеченностью медицинской помощью. Социальные катаклизмы XX века — революция, войны — влияли на демографические процессы и здоровье населения территории, но показанные в работе характеристики с позиций базового анализа представляют определенный не только исторический, но и научно-практический интерес в настоящее время.

Поступила 10.06.10

<sup>21</sup>Трошина Т. И. История социальной работы на Архангельском Севере. Конец XVIII—середина XX века: учебное пособие. — Архангельск, 2007.

<sup>22</sup>Тевлина В. В. // Поморский летописец: Архангельск. вып. 1. — Архангельск, 2002. — С. 110—117.

<sup>23</sup>ГААО. ф. 621. — оп. 1. — д. 25. — л. 37; Там же. — д. 529. — л. 3; Там же. — ф. 95. — оп. 1. — д. 26. — л. 21; Сидоров П. И., Вязьмин А. М. Здравоохранение Севера: медико-социальные проблемы развития — Архангельск, 1998.

## ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В ЧЕЧЕНО-ИНГУШЕТИИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Чеченский государственный университет, г. Грозный

*В работе родовспомогательных лечебных учреждений Чечено-Ингушетии в период Великой Отечественной войны имелись серьезные недостатки, обусловленные объективными обстоятельствами военного времени и субъективными причинами, что привело к снижению рождаемости, росту материнской и младенческой смертности. Местные органы здравоохранения принимали меры по оптимизации деятельности родовспомогательных лечебных учреждений. Однако восстановление сети родовспомогательных учреждений и их деятельности шло крайне медленными темпами, поэтому достичь довоенного уровня к концу 1945 г. не удалось. Особое место в работе органов здравоохранения занимали вопросы по медицинскому и санитарному обслуживанию женщины-труженицы.*

**Ключевые слова:** охрана материнства и детства, родовспомогательные лечебные учреждения, подготовка медицинских кадров

### THE HEALTH CARE OF WOMEN IN CHECHENO-INGUSHETIYA DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

Z.I. Yahyayeva, Y.M. Batayev

*The organization of functioning of obstetrics institutions in Checheno-Ingushetiya during the Great patriotic war suffered from certain shortcomings due to wartime circumstances and subjective reasons. This resulted in birth rate decrease, maternal and infant mortality increase. The local health authorities undertook measures to optimize the functioning of obstetrics institutions. However, the restoration of the obstetrics institutions network and their activities carried out at an extremely slow pace. Therefore, the before-the-war level was not achieved up to the end of 1945. The issues of medical and sanitary services of women-toilers took a particular position in the activities of health authorities.*

**Key words:** maternity and child security, obstetrics institutions, medical personnel training

Масштабы Великой Отечественной войны, развертывание грандиозного сражения за Кавказ в 1942—1943 гг. привели к значительным негативным последствиям для здравоохранения Чечено-Ингушетии. Огромное стратегическое значение Кавказского региона для страны объяснялось стремлением немецкой армии захватить нефтяные запасы г. Грозного и Баку и через Закавказье прорваться в страны Ближнего и Среднего Востока. В этих сложнейших условиях, особенно в период частичной оккупации республики осенью 1942 г., здравоохранение Чечено-Ингушетии переживало значительные организационные изменения.

Война вызвала необходимость реорганизации здравоохранения, в результате которой в общегосударственном масштабе была создана система гражданского здравоохранения для организации в тылу лечения раненых и больных воинов. На территории республики успешно функционировали развернутые уже в начале войны эвакугоспитали. В связи с военной мобилизацией значительно сократились лечебная сеть, коечный фонд и численность медицинских кадров в гражданском здравоохранении. Изменились формы и методы лечебно-профилактической деятельности.

Материалы нашего исследования позволили показать сложные и неоднозначные условия деятельности системы здравоохранения в Чечено-Ингушетии, в которых решались вопросы охраны здоровья женщин. С этой целью проведен комплексный анализ государственных, общественных и медицинских мероприятий, способствовавших организации лечебно-профилактической работы по охране материнства и младенчества в военные годы.

Несмотря на огромные трудности военных лет, советское правительство делало все возможное, чтобы облегчить положение матери и ребенка. Особое внимание было обращено на родовспоможение. Материалы, характеризующие деятельность родовспомогательных лечебных учреждений в Чечено-Ингушетии в период войны, указывают на значительные проблемы, с которыми столкнулась служба охраны материнства.

В связи с войной произошли большие изменения в штатах родовспомогательных учреждений. Из-за отсутствия опытных специалистов, призванных в ряды Красной Армии, значительную часть врачебных кадров составляли молодые, без достаточного опыта, специалисты. В основном они были представлены русскоязычным контингентом, так как национальные кадры врачей в республике отсутствовали. Особенно неблагоприятная

обстановка сложилась в сельских районах. Так, по данным архивных материалов, в сельских районах Чечено-Ингушетии уже в 1942 г. не было ни одного акушера-гинеколога. В результате основная помощь в сельской местности и небольших городах оказывалась средним медицинским персоналом, что не могло не отражаться на ее качестве. Низкой была укомплектованность врачебными кадрами женских консультаций. Из 20 женских консультаций Чечено-Ингушетии только 3 были укомплектованы акушерами-гинекологами<sup>1</sup>.

Одним из проявлений объективных процессов, обусловленных войной, было снижение рождаемости, а потому в родильных домах наблюдалось значительное снижение показателей использования коечного фонда. В результате отмечалось сокращение количества родильных коек и родильных домов. Данные архивных материалов позволили составить представление о сети родовспомогательных учреждений в республике<sup>2</sup>.

Так, еще в довоенный период в республике была создана определенная инфраструктура, оказывавшая женщинам акушерско-гинекологическую помощь. Актуальность организации данного вида медицинской помощи диктовалась значительным ростом населения за счет приезжавших в Грозный семей рабочих нефтедобывающей промышленности. К 1941 г. более половины этого города было представлено русскоязычным населением. Коренное население проживало в основном в сельских районах. В Чечено-Ингушетии в предвоенные годы функционировали 6 родильных домов в городах и 5 в сельской местности. Однако уже в 1943 г. количество родильных домов уменьшилось в 3 раза, а в селах республики в 1945 г. имелся лишь 1 колхозный родильный дом. Перестали функционировать также родильные отделения при городских больницах.

Данные нашего исследования показали, что койки в родильных домах часто заполнялись больными с гинекологической и иной патологией. Практически в разгар войны в родильных домах не регистрировались случаи госпитализации по поводу токсикозов и другой патологии беременных. Согласно материалам инспектирующих комиссий, имелись факты грубого нарушения санитарных условий в родильных домах. Из-за отсутствия топлива зимой, особенно холодной в 1942—1943 гг., родильные дома работали при крайне низком температурном режиме.

Данные архивных материалов свидетельствуют о значительном сокращении коек в родовспомогательных учреждениях республики. Так, из 245 родильных коек, имевшихся в 1940 г. в городах Чечено-Ингушетии, в 1945 г. осталось только 147. При

З. И. Яхьяева — канд. мед. наук, доц. каф. (8-928-789-80-99); Х. М. Батаев — д-р мед. наук, зав. каф. (8-928-789-80-98).

<sup>1</sup>ГАРФ Ф. 8009, оп. 6, д. 918, л. 9.

<sup>2</sup>Там же, л. 12.

этом увеличилось их количество в сельских районах. Гинекологические койки на селе отсутствовали еще в предвоенные годы<sup>3</sup>.

Во время войны значительно увеличился показатель смертности, составив 10,6%. Высокая смертность наблюдалась также среди новорожденных, особенно недоношенных детей. По данным родильного дома г. Грозного удельный вес недоношенных детей в 1942 г. составил 21,2%, тогда как в 1941 г. он был равен 8,4%. Основная причина тому — занятость женщин на трудоемких видах работ, неполноценность питания, психологические, стрессовые нагрузки.

В годы войны резко сократилась рождаемость. Так, в 1943 г., в период наиболее интенсивных военных действий на Северном Кавказе, в Чечено-Ингушетии родилось в 2,5 раза меньше детей, чем в начале войны. Однако показатели рождаемости повышались медленно и к концу войны не достигли предвоенного уровня.

Во время войны в республике имела тенденция увеличения количества родов на дому, особенно на селе. Еще в довоенные годы доля родов, принятых в домашних условиях, была довольно значительной — до 26%. В разгар войны, в 1943 г., количество родов на дому резко выросло, составив в Чечено-Ингушетии 34% количества всех родов. В 1945 г. доля родов в домашних условиях заметно снизилась, однако оставалась выше предвоенных значений. Следует особо отметить, что около 90% родов на дому происходили в сельской местности и, как правило, принимались средним медицинским персоналом<sup>4</sup>. Сказывались острый дефицит врачебных кадров, в частности акушеров-гинекологов, а также уменьшение коечного фонда в родильных домах и отделениях больниц. Основная нагрузка легла на сельские родильные койки, которые также не справлялись с возникшими проблемами.

Таким образом, приведенные материалы свидетельствуют о значительном снижении во время войны уровня квалифицированной акушерско-гинекологической помощи женщинам, что объяснялось объективными причинами. Меры, принимавшиеся Наркомздравом республики и руководителями родовспомогательных учреждений, оказались недостаточными и малорезультативными. Непринятие своевременных, оперативных решений организационного характера усугубляло ситуацию в системе охраны материнства. Из-за отсутствия учебной базы в республике работа по повышению квалификации акушеров-гинекологов практически не проводилась.

Несмотря на суровые годы военного времени и значительные трудности, связанные с острым дефицитом средств, принимались меры по оказанию социальной помощи женщине-матери. Широкая программа мер была выработана по реализации Указа Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания "Мать-героиня" и учреждения ордена "Материнская слава" и медали "Медалью материнства"». Следует подчеркнуть, что размер пособия, предусмотренный Указом, был незначительным, а отпуск по беременности и родам непродолжительным. Однако предусмотренные социальные меры имели важное значение для повышения рождаемости, а также активизации работы по охране материнства и детства.

В осуществление Указа Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. и изданного в соответствии с ним 10 ноября 1944 г. Постановления Совнаркома СССР "О мероприятиях по расширению сети детских учреждений и улучшению медицинского и бытового обслуживания женщин и детей" Наркомздрав Чечено-Ингушской АССР наметил план создания учреждений по охране здоровья женщин и детей. В связи с Указом еще больше возрастала роль женских консультаций по осуществлению качественного медицинского наблюдения за беременной женщиной. С учетом измененных границ Чечено-Ингушетии в 1944 г. в каждом сельском районе было запланировано открыть женскую и детскую консультации, ввести должность районного педиатра, кроме сезонных колхозных яслей, открыть постоянные детские ясли и молочную кухню. Планировалось ввести в штаты роддомов и родильных отделений должность педиатра для постоянной работы в палатах новорожденных, организовать отделение для недоношенных детей, взять на постоянный и активный патронаж всех одиноких и многодетных матерей. Большое значение для совершенствования медицинской помощи женщинам имело введение в отделах здравоохранения должности инспекторов охраны материнства и младенчества.

Несмотря на сложности военного времени, в каждом районе действовали женские консультации. При этом, согласно источникам, большинство из них размещалось в приспособленных

помещениях с недостаточным количеством кабинетов. Положение усугублялось отсутствием необходимого оборудования и медицинского инструментария. Часто женская консультация была совмещена с детской. Одной из основных проблем, обусловленных объективными обстоятельствами военного времени, являлось отсутствие квалифицированных медицинских кадров, в частности акушерско-гинекологических.

Динамика деятельности женских консультаций в республике за годы войны претерпела значительные изменения. Наиболее низкая посещаемость женских консультаций зафиксирована в 1943 г., когда она снизилась почти в 2 раза. Однако, несмотря на улучшение посещаемости консультаций в 1945 г., довоенный уровень по данному показателю не был достигнут.

Не была налажена должным образом работа детских отделений родильных домов. Медицинскому персоналу этих лечебных учреждений требовалось повысить квалификацию. Сказывалось сильнейшее нервное напряжение переживших ужасы войны медицинских работников, которые также нуждались в оздоровлении.

Особое место в работе органов здравоохранения занимали вопросы по медицинскому и санитарному обслуживанию женщины-труженицы. Сотни тысяч женщин в стране заменили у станков и в поле ушедших на фронт мужчин. Значительное расширение сферы применения труда женщин в годы войны, использование женского труда на трудоемких видах работ, которые ранее выполнялись только мужчинами, выдвигало новые задачи по охране здоровья женщины. Охрана труда и здоровья женщин в годы войны решалась на правительственном уровне.

Во второй половине войны на промышленных предприятиях возросло количество акушерско-гинекологических приемов работниц. Выросло число женщин, взятых на учет в ранние сроки беременности. Активизировалась консультативная работа, особенно в случаях с осложненно протекающей беременностью.

Постановлением Совнаркома Чечено-Ингушской АССР от 24 августа 1943 г. № 589 предусматривалось обязательное предоставление одного выходного дня в неделю работающим женщинам, имевшим детей до 8 лет. Наркомздрав Чечено-Ингушской АССР потребовал от администрации предприятий и соответствующих городских советских органов перевода яслей и детских садов на трехсменную работу. Те же меры были приняты на селе в период весенних полевых работ и уборочной страды. Это явилось огромным резервом производительности труда.

Предприятия нефтяной промышленности Чечено-Ингушетии во время войны были в основном сосредоточены в г. Грозном, промышленных районах — Старопромысловском, Октябрьском, Сталинском. Женщины составляли более 50% числа рабочих и служащих предприятий нефтяной промышленности республики. С целью приближения медицинской помощи к рабочим местам женщин в начале 1943 г. при медико-санитарных частях были организованы акушерско-гинекологические кабинеты. В задачи кабинетов наряду с проведением акушерско-гинекологических приемов входила охрана труда беременных женщин, создание для них оптимальных гигиенических условий на предприятиях, проведение санитарно-просветительной работы.

Медико-санитарное обслуживание было ориентировано на условия военного времени. Охрана труда на производстве, состояние медицинского обслуживания работниц обсуждались на заседаниях городских комитетов, профсоюзных и производственных собраниях. Медико-санитарные части и здравпункты заводов несли повышенную ответственность за охрану труда и здоровья работниц. Изыскивались возможности более рациональной расстановки женщин на рабочих местах. Проводился учет рабочих мест, не соответствующих требованиям охраны труда. Однако не всегда и не везде в силу причин, обусловленных недостатками организационного характера, работа акушерско-гинекологической службы на промышленных предприятиях велась на должном уровне. Допустим, многие комнаты личной гигиены не функционировали из-за отсутствия горячей воды и медицинских кадров; акушерско-гинекологические приемы в основном представляли собой разовые выезды врачей женских консультаций; профилактическая работа на предприятиях не проводилась; учет и анализ заболеваемости работниц не были предусмотрены; условия труда женщин не изучались.

С целью снижения женской заболеваемости и повышения производительности труда на предприятиях комиссия Наркомздрава РСФСР (28 ноября 1942 г.) обязывала развернуть профилактическую работу по изучению условий труда работниц, расстановке женских кадров на рабочих местах, ввести цеховой патронаж беременных, наблюдение за длительно и часто болеющими женщинами. Материалы нашего исследования показали, что проведенная работа по устранению недостатков дала положительные результаты. Регулярными стали акушерско-гинекологические приемы. Увеличилось количество комнат личной гигиены. Все комнаты были прикреплены к районным женским консультациям.

<sup>3</sup>ГАРФ Ф. 8009, оп. 6, д. 918, л. 11.

<sup>4</sup>ГАРФ Ф. 8009, оп. 6, д. 918, л. 15.

Широкое вовлечение в производство женщин потребовало значительного расширения сети яслей и детских садов. В связи с тем что женщины работали не только в дневных, но и в ночных сменах, были организованы ясли с круглосуточным дежурством персонала. В яслях принимали не только здоровых, но и заболевших детей, для которых создавались особые стационары, санаторные группы, группы дифференцированного обслуживания. Несмотря на трудности военного времени, на предприятиях г. Грозного была введена выдача дополнительного питания беременным женщинам и специального пайка донорам грудного молока.

Для улучшения медико-санитарного обслуживания женщин на промышленных предприятиях осуществлялся комплекс государственных и медицинских мероприятий по созданию санитарно-гигиенических условий труда женщин, направленных на предупреждение и снижение женской заболеваемости, охрану беременных, повышение качества всей лечебно-профилактической работы на предприятии среди работающих женщин. Однако изученные материалы свидетельствуют и о том, что про-

водимые мероприятия оказывались недостаточно глубокими и последовательными.

Таким образом, приведенный материал показал, что, хотя деятельность родовспомогательных лечебных учреждений в годы войны изучалась, анализировалась и направлялась на уровне управлений родильных домов и женских консультаций Наркомздрава СССР и Наркомздрава РСФСР, а также местными органами здравоохранения, в работе родовспомогательных лечебных учреждений зафиксированы серьезные недостатки, что было обусловлено объективными обстоятельствами военного времени и субъективными причинами.

Принимались меры по оптимизации деятельности родовспомогательных лечебных учреждений. Однако восстановление сети родовспомогательных учреждений и их деятельности шло крайне медленно, поэтому достичь довоенного уровня к концу 1945 г. не удалось. Особое место в работе органов здравоохранения занимали вопросы по медицинскому и санитарному обслуживанию женщины-труженицы.

Поступила 09.06.10

© Ю. А. ТЮКОВ, И. С. ТАРАСОВА, 2010

УДК 614.2:93(470.55/58)

Ю. А. Тюков, И. С. Тарасова

## ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ

ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Росздрава

*Первый врач на Южном Урале (лекарь Кноблох) появился в 1775 г. Следующим был Василий Григорьевич Жуковский, проработавший в Челябинске более 50 лет. Добрую память о себе оставил врач и городской голова Александр Францевич Бейвель, первая больница появилась в 1823 г., а в начале XX века городское здравоохранение было представлено тремя больницами на 175 коек и 5 аптеками. Первый зубохирургический кабинет появился в 1905 г. В 1924 г. в Челябинске работало 24 врача, 9 фельдшеров, 36 медсестер, 4 акушерки, имелось 355 больничных коек, 7 амбулаторий, детская консультация, 2 детских яслей. Первая поликлиника в Челябинске работает с 1925 г., с 1927 г. — первая стоматологическая поликлиника. Активным участником строительства советского здравоохранения на территории Южного Урала был Иван Степанович Белостоцкий. К 1941 г. на Урале была подготовлена база для создания тыловых госпиталей в годы Великой Отечественной войны.*

Ключевые слова: врач, больница, здравоохранение, Южный Урал, поликлиника

### THE HISTORICAL ASPECTS OF PUBLIC HEALTH SYSTEM DEVELOPMENT IN THE SOUTH URAL REGION

U.A. Tukov, I.S. Tarasova

*The first physician in the south Ural, the healer Knobloch, appeared in 1775. The next physician in this region was Vasili Grigorievich Jukovsky who worked during more than 50 years in Chelyabinsk. Aleksander Franzevich Beiwel, the physician and city mayor, left good memories too. The first hospital appeared in 1823 and in the beginning of XX century the city health care was represented by three hospitals with 175 beds in total and 5 pharmacies. The first dental surgery room appeared in 1905. In 1924 in Chelyabinsk worked 24 physicians, 9 feldshers, 36 nurses, 4 midwives. There were 355 hospital beds, 7 outpatient clinics, children counseling room, 2 day nurseries. The Chelyabinsk first polyclinic functions from 1925 and in 1927 the first stomatologic polyclinic was opened. Ivan Stepanovich Belostotsky was one of active participants of development of Soviet public health on the territory of Ural. In 1941 the foundation for development of base hospitals in Ural during the Great Patriotic war was made ready.*

Key words: physician, hospital, public health, South Ural, polyclinic

Южный Урал как старейший промышленный центр России, не утративший своего значения и в настоящее время, начал развиваться с первой четверти XVIII века. Со времени заселения русскими край являлся окраиной России, на которую Царское правительство не обращало достаточного внимания. Длительное время население Южного Урала оставалось без каких-либо элементов медицинской помощи. По закону 1737 г. в крупных городах существовали только должности городских врачей. В уездах и округах на правительственной службе было по одному доктору или лекарю<sup>1</sup>. Первое упоминание о лекарях челябинского уезда относится к 1775 году<sup>2</sup>.

Ю. А. Тюков — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (muvvoz-zo@mail.ru); И. С. Тарасова — канд. мед. наук, ст. преподаватель (8351-261-96).

<sup>1</sup>Егорышева И. В., Данилишина Е. И. // Здравоохран. Рос. Федерации. — 2001. — № 1. — С. 53—55.

Только через 49 лет после основания г. Челябинска здесь появился первый лекарь Иван Кноблох, зачисленный на службу в 1775 году. В журнале Исетской провинциальной канцелярии, на основании указа Государственной медицинской коллегии, записано: "Оренбургского карабинерного полку Ивана Ивановича Кноблоха определить на имеющуюся вакансию в Исетскую провинцию для пользования гражданства и купечества провинциальным лекарем с жалованьем по 12 рублей в месяц".

Лекарь Кноблох проработал в Челябинске шесть лет и был уволен в 1781 г. в связи с ликвидацией Исетской провинции, включающей все земли Зауральской Башкирии. В 1744 г. провинция вошла в состав вновь образованной Оренбургской губернии. При увольнении Кноблох получил от граждан города похвальный отзыв.

Следующим врачом Челябинска считается штаб-лекарь Ва-

<sup>2</sup>Весновский В. А. Весь Челябинск и его окрестности: Карманный справочник. Челябинск, 1909; Дегтярев И. В. Челябинская старина. — Челябинск, 1996.



сий Григорьевич Жуковский, прибывший в Челябинск вместе с экспедицией. Он лечил жителей города более 40 лет, принимая амбулаторных больных в кабинете своего дома и посещая тяжелобольных у них на дому.

Появился он в Челябинске в 1787 г. в составе экспедиции из Петербурга под руководством Степана Семеновича Андреевского, направленной для борьбы с неизвестной болезнью, поражающей скот и людей, уносившей многие жизни и которую потом стали называть сибирской язвой.

18 июля 1788 г. Степан Семенович Андреевский решил на опасный для жизни эксперимент с целью доказать инфекционный характер заболевания. В присутствии своего помощника Жуковского, городничего Швейгофера и судьи Оловяникова с научной целью заразил себя сибирской язвой — "материей", взятой из язвы больного. Это был первый из известных в истории случаев преднамеренного самозаражения врача тяжелой болезнью для ее изучения. При этом он тяжело заболел и в ходе болезни ежедневно записывал свое состояние в скорбном листе. Когда он впал в беспамятство, записи делал его помощник подлекарь Василий Жуковский.

После возвращения Андреевского в 1789 г. в Петербург Жуковский подал рапорт о желании работать в Челябинске. Он был назначен лекарем во второй Оренбургский батальон. Одновременно ему было поручено осуществлять эпидемиологический надзор в округе и руководство борьбой с сибирской язвой. В 1792 г. Жуковский определен был на докторскую вакансию в Челябинске и его уезде. При образовании в 1797 г. в губернских городах врачебных управ, Жуковский был утвержден членом Оренбургской врачебной управы и переехал в Оренбург, но оставался там недолго. В 1798 г. он попросил позволения, оставаясь в должности члена управы, разрешить ему находиться не в Оренбурге, а в Челябинске. Получив согласие, Жуковский в октябре 1798 г. вернулся в Челябинск, где и выполнял с этого времени работу в соответствии с обеими должностями, оставшись в Челябинске до конца своих дней. Умер он в 1840 г.<sup>3</sup>

Настояниями и хлопотами Василия Григорьевича уездное здравоохранение получило больницу, которая была приобретена на пожертвования горожан. В 1823 году купец Максим Сидоров Ахматов пожертвовал на покупку помещения для лазарета 800 руб., что было немалыми деньгами по тем временам. В декабре этого года в Челябинске появился дом, в котором содержались находившиеся на излечении больные.

До 1828 года Челябинская больница в хозяйственном отношении была совершенно неустроенной. Больные, кроме лечения, не обеспечивались ни вещами, ни питанием (питались больные от своих семейств, пользовались своим бельем и своей одеждой). Рассчитана больница была на 19 мужских и 10 женских мест. При больнице были прачечная и баня, амбар для поклажи съестных припасов и больничной мебели. В больнице работали врач, 2 фельдшера, смотритель и прислуга. Больница находилась в ведении приказа общественного призрения. Всеми делами ведал больничный Совет, в который входили городской голова, городничий, уездный исправник, уездный судья и уездный лекарь. В круг обязанностей Совета входило следить за сбором денег за лечение, за расходованием средств для нужд больницы, за порядком и содержанием больницы, а также разбор больных.

Положение резко улучшилось в 1828 г., когда в январе этого года Оренбургское губернское правление издало указ об улучшении больничного дела в губернии. Указ этот разослан был в уездные города местным начальствующим лицам. Поступил он и в Челябинскую городскую думу, которая обратила внимание на нужды больницы.

В 1835 г. для больницы было построено новое здание.

На территории Южного Урала вплоть до Октябрьской революции не было ни одного учреждения по оказанию медицинской помощи женщинам и детям. На запросы населения губернатор объяснял, что даже по штату не предусмотрено иметь повивальных бабок в Оренбурге, Троицке, Верхнеуральске, Челябине, Бугульме и др. Смертность младенцев была очень высока. Так, из 100 родившихся детей на первом году жизни умирало около 50. Еще хуже обстояло дело с психическими больными. Постоянно поступали запросы от воинских частей, что делать с умалишенными и куда их направлять. Но губернское начальство даже не отвечало на такие запросы, и больные оставались полностью на попечении родственников.

С организацией земства медицинскому делу стали уделять больше внимания.

В 1889 г. врачом девятого участка Челябинского уезда в село Воскресенское был направлен выпускник Казанского университета Александр Францевич Бейвель, который быстро приобрел среди населения большой авторитет и популярность.

Его особенно тревожило широкое распространение трахомы. Этой серьезной проблеме он уделял большое внимание, активно посещал села уезда, где осматривал и лечил больных. В Петербургской военно-медицинской академии им была защищена докторская диссертация на тему "Болезни глаз и слепота у казачьего населения Челябинской станции Оренбургского казачьего войска по данным поголового осмотра". В диссертации, кроме проблемы трахомы, автор дает свои рекомендации при лечении рожистого воспаления кожи, женских болезней, цинги, дизентерии, алкоголизма, гонорее. По материалам диссертации им была издана книга "Трахомы и слепота". Это был первый доктор наук в Челябинске.

За врачебную деятельность А. Ф. Бейвель был произведен в коллежские ассессоры и награжден орденом Святого Станислава, его избирают городским головой с 1902 по 1911 гг. Его административная деятельность оставила заметный след в городе. Благодаря настойчивости городского головы построены мощная дорога между вокзалом и городом, женская гимназия, помещение ремесленного училища, два приходских училища, новый приют, две пожарные части. В годы гражданской войны отступающие колчаковцы предложили семье А. Ф. Бейвеля вагон для выезда во Францию, но Александр Францевич категорически отказался.

7 февраля 1939 года в возрасте 72 лет А. Ф. Бейвель ушел из жизни.

В начале XX века в Челябинске городское здравоохранение было представлено тремя больницами на 175 коек: больничный барак на Переселенческом пункте, городская амбулатория и стационарный приемный покой, 5 аптек. Первый зубоврачебный кабинет появился в 1905 г., а через 10 лет их стало уже 7.

Дальнейшее развитие здравоохранения г. Челябинска связано со строительством Транссибирской железнодорожной магистрали: на железной дороге была создана переселенческая больница, которая вплоть до 1917 г. была единственным медицинским учреждением в пределах Европейской части России на пути следования переселенцев. Учреждение размещалось в 11 постройках и имело 15 отделений на 120 коек, приемный покой, аптеку, помещение для медицинского персонала. Переселенческая больница была устроена по типу Петербургской Боткинской инфекционной больницы со специальными постройками для каждого рода заболевания. В 1911 г. больница была электрифицирована. В 1913 г. в ней было открыто родильное отделение, начали возводить пристройку для установки рентгеновского аппарата. В обязанности медперсонала больницы входило проведение медицинских осмотров переселенцев, оказание им амбулаторной помощи и лечение тяжелобольных. На уездных врачей возлагались также обязанности по борьбе с эпидемиями, судебно-медицинские исследования, санитарный надзор<sup>4</sup>. За 1898—1909 гг. была оказана помощь 12 044 стационарным и 224 031 амбулаторным больным. С началом 1-й мировой войны переселенческая больница стала оказывать медицинскую помощь военнослужащим. В 1917—1919 гг. в ней размещался госпиталь Всероссийского земского союза городов, а затем — американское общество Красного Креста. Во время эвакуации из Челябинска частей белой армии (1919) почти все имущество переселенческой больницы было вывезено. С 1 января 1923 г. все помещения переселенческой больницы перешли в ведение Наркомзема. С упразднением 15 февраля 1924 г. переселенческого пункта перестала существовать и больница.

В начале XX века на Южном Урале появилась система организации медицинской помощи рабочим в связи с развитием горного дела и ростом промышленности на Урале.

Кроме фабрично-заводской медицины, медико-санитарное обслуживание населения Южного Урала в дореволюционный период осуществлялось городской медициной, появление которой связано с возникновением рабочих поселений и ростом городов, вызванных к жизни промышленным развитием. Однако уровень обслуживания городского населения остается также крайне низким. Квалифицированную врачебную помощь могли получать только имущие классы, рабочие составляли всего 2%.

Южный Урал до революции являлся также местом ссылки и пересылки политических заключенных. Рост населения осуществлялся преимущественно за счет механического движения населения. Особенно увеличивалось население в Челябинске после того, как была проложена Самаро-Златоустовская железная дорога на Сибирь. В связи с этим количество врачей тоже увеличивается. В 1910 г. в Челябинске работало 14 врачей, которых объединяло бюро санитарных попечителей. Город вместе с уездом был разделен на 12 территориальных врачебных участков.

В период Гражданской войны здравоохранение города при-

<sup>3</sup>Весновский В. А. Ук. соч.

<sup>4</sup>Дегтярев И. В. Челябинская старина. — Челябинск, 1996.

шло в упадок. Свирепствовали эпидемии сыпного и брюшного тифа, холеры. Годы разрухи и голода особенно сказались на здоровье детей. Отмечалась высокая венерологическая заболеваемость горожан: только в июне 1924 г. было зарегистрировано 585 случаев сифилиса. В больницах не хватало мест, медикаментов. Белогвардейцы вывезли из города почти всех врачей. В этот период деятельность городской больницы возглавил фельдшер К. П. Петров.

Советской властью были предприняты самые серьезные меры. В 1924 г. в Челябинске работало 24 врача, 9 фельдшеров, 36 медсестер, 4 акушерки, имелось 355 больничных коек, 7 амбулаторий, детская консультация, двое детских яслей. Для борьбы с эпидемиями были созданы чрезвычайные комиссии с широкими полномочиями и правами, организованы специализированные станции для борьбы с бруцеллезом и малярией, для больных туберкулезом и венерическими инфекциями были открыты диспансеры. К 1930-му году были достигнуты первые положительные результаты: уменьшилось число заболеваний натуральной оспой, бруцеллезом, малярией, полиомиелитом, сыпным тифом, дифтеритом.

В 1943 г. появились больницы на заводах им. Коллюшенко и металлургическом. Одновременно укреплялась поликлиническая и диспансерная службы. Первая поликлиника в Челябинске работала с 1925 г. С 1927 г. появилась первая стоматологическая поликлиника. Еще раньше, в 1923 г., в поселке были открыты дермато-венерологическая поликлиника и стационар для

венерических больных. С первых лет Советской власти началось развитие аптечной сети. В 1918 г. в городе было 5 аптек (из них 4 частные), в 1934 — 7 и 1 аптекарский магазин. В 1919 г. началась история современной скорой помощи.

Ко второй половине 1922 года удалось прекратить дальнейший рост инфекционных заболеваний и сократить число голодающих. С 1923 г. уровень заболеваемости брюшным тифом снизился в 9 раз, возвратным тифом в 4 раза, сыпным тифом — в 2,5 раза, полностью была ликвидирована холера.

Активным участником строительства советского здравоохранения на территории Южного Урала зарекомендовал себя Иван Степанович Белостоцкий. В 1924 г. была образована Уральская область с центром в Екатеринбурге. В ее состав вошли Свердловская, Пермская, Челябинская, Курганская и Тюменская области. Во главе здравоохранения этой огромной области был назначен И. С. Белостоцкий. Заслугой его было большое больничное строительство на Урале. В 1924 г. по его инициативе было построено 77 крупных специализированных медицинских учреждений, был задуман и издавался "Уральский медицинский журнал".

В годы предвоенных пятилеток здравоохранение Южного Урала делает огромный скачок, и к началу Великой Отечественной войны оно подготовило базу для создания тыловых госпиталей.

Поступила 12.10.09

© Н. П. ВОСКРЕСЕНСКАЯ, 2010

УДК 614.2:061.75 «2010»

## ЗНАМЕНАТЕЛЬНЫЕ И ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ ИСТОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ 2010 ГОДА\*

### Научно-медицинские общества

350 лет — Лондонское королевское общество — ведущее научное общество Великобритании (1660 г.).

150 лет — научно-медицинское общество "Беседы саратовских врачей", зародыш Саратовского физико-медицинского общества, одного из крупных периферийных обществ (Саратов, 1860 г.).

150 лет — Берлинское медицинское общество (Германия, 1860 г.).

125 лет — первое в России научное Общество сифилидологов и дерматологов (Петербург, 1885 г.).

125 лет — Общество военных врачей в Москве (1885 г.).

125 лет — Медицинское общество в Каунасе (Литва, 1885 г.).

125 лет — Медицинское общество в Токио (Япония, 1885 г.).

100 лет — создание Якутского отдела Русского общества охранения народного здоровья (1910 г.).

100 лет — Общество (научное) кайзера Вильгельма (Германия, 1910 г.).

75 лет — Общество профессиональной медицины в Лондоне (Англия, 1935 г.).

### Съезды

125 лет — I съезд Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова (Петербург, 1885 г.).

125 лет — I Международный конгресс по борьбе с алкоголизмом и наркоманией (лекарственной зависимостью) (Бельгия, Антверпен, 1885 г.).

100 лет — I съезд русских деятелей по общественному и частному призрению (Петербург, 1910 г.).

100 лет — I Всероссийский съезд по борьбе с пьянством (Петербург, 1910 г.).

7 января — 85 лет со дня рождения Владимира Куприяновича Овчарова (1925—2005 гг., родился в селе Саковинка Конышевского района Курской области), российского социал-гигиениста, специалиста в области санитарной статистики, члена-корр. РАМН. В 1955—2005 гг. — во ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко (ныне Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья РАМН): заведующий отделом статистики здравоохранения и медицинской демографии, заместитель директора института (1975—1982 гг. и с 1988 г.), директор института (1982—1988 гг.). Руководитель Центра ВОЗ по Международной классификации болезней. Исследования посвящены проблемам санитарной статистики, информатики, социальной гигиены и

организации здравоохранения. Важнейшие из них — разработка методики выборочных региональных исследований здоровья населения России, работы по статистике деятельности учреждений здравоохранения, по проблемам медицинской демографии. Одним из первых применил системный анализ в разработке проблемы потребности в научных кадрах. Внес вклад в разработку и внедрение в практику Международной классификации болезней. Руководитель впервые созданной программы работ по электронизации в здравоохранении. Ряд работ посвящен истории высшего медицинского образования.

Соч.: Пособие к пользованию советской и международной номенклатурами болезней и причин смерти. М., 1959. 448 с. (Совместно с Н. Г. Шаскольским); Заболеваемость, смертность и средняя продолжительность жизни населения в СССР: Минск, 1979. 12 с. (Совместно с А. Ф. Серенко); Международная классификация нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности: Руководство по классификации последствий болезни. М., 1982. 187 с. (Совместно с др.); Исследование социальных факторов формирования здоровья населения // Общественные науки и здравоохранение. М.: Наука, 1987. С.139—151; Современные социально-экономические условия и здоровье населения // Вестн. РАМН. 1997. № 1. С. 51—59; Руководство по переходу системы здравоохранения к работе с международной классификацией болезней 10-го пересмотра. М., 1999. 217 с. (Совместно с др.); Методологические и организационные подходы к развитию социально-гигиенического мониторинга здоровья населения // Probl. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2002. № 5. С. 26—29.

Лит.: В. К. Овчаров // Сов. здравоохранение. 1985. № 4. С. 75; 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 465.

11 января — 50 лет со дня рождения Вероники Игоревны Скворцовой (1960 г., родилась в Москве), российского невролога, члена-корр. РАМН. С 1997 г. — заведующая кафедрой фундаментальной и клинической неврологии с курсами нейрохирургии, лабораторной, функциональной и нейроручевой диагностики в Российском государственном медицинском университете. С 2008 г. — зам. министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Основные научные исследования посвящены проблемам цереброваскулярных расстройств, инсульта, изучению механизмов повреждающего действия церебральной ишемии, регенераторно-репаративных процессов в нервной ткани. Одна из создателей научного направления — превентивной нейропротекции. Приоритетные работы посвящены болезням двигательного нейрона.

Соч.: Ишемия головного мозга. М.: Медицина, 2001. (Совместно с др.); Ишемический инсульт. Орел, 2006. (Совместно с др.); Неврология и нейрохирургия: Учебник. М., 2007. (Совместно с др.); Управление клиническими процессами в неврологии. М., 2007. (Совместно с др.).

\*Составитель Н. П. Воскресенская (ст. науч. сотр. Национального НИИ общественного здоровья РАМН, 916-04-22).

*Лит.:* 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 475.

19 января — 100 лет со дня смерти Дмитрия Дмитриевича Ахшарумова (1823—1910 гг., родился в Петербурге), российского врача, деятеля общественной медицины, доктора медицины. Пропагандист общественного направления в вопросах охраны здоровья народа. Основные труды посвящены эпидемии дифтерии, холеры, чумы, оспы, сибирской язвы и других инфекций, распространению сифилиса и гигиене. Основатель и первый председатель Общества врачей в Полтаве. В 1882 г. организовал съезд врачей Полтавской губернии. Был сторонником пропаганды санитарных знаний среди населения.

*Соч. и лит.:* см. БМЭ и БСЭ. 3-е изд.

20 января — 60 лет со дня рождения Геннадия Григорьевича Онищенко (1950 г., родился в поселке Чаргын-Таш, Сузакского района Ошской области Киргизии), российского эпидемиолога, академика РАН, заслуженного врача Российской Федерации. В 1991—1996 гг. — зам. председателя Госсанэпиднадзора Российской Федерации, зам. Главного государственного санитарного врача Российской Федерации. В 1996—2004 гг. — первый зам. министра здравоохранения Российской Федерации, главный государственный санитарный врач Российской Федерации и одновременно (с 1997 г.) — заведующий кафедрой эпидемиологии Российской академии последилового образования. С 2004 г. — руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека Минздравсоцразвития. Основные направления исследований — эпидемиология инфекционных заболеваний, разработка основ эпидемиологического надзора, стратегия и тактика противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях, санитарная охрана страны от распространения особо опасных болезней и др. Лауреат Государственной премии за разработку и внедрение в медицинскую практику основных средств специфической профилактики, диагностики и лечения сибирской язвы" (2002 г.). Награжден Премией Правительства Российской Федерации (2005 г.).

*Соч.:* Иммунобиологические препараты и перспективы их применения / Под ред. Г. Г. Онищенко. М., 2002. (Совместно с др.); Проблемы эпидемиологической безопасности в регионе Южного федерального округа России. М., 2003. (Совместно с др.); Санитарно-эпидемиологическая служба и ее руководители: Из истории здравоохранения России в XX веке: Очерки. М.: Медицина, 2003. (Совместно с др.); Природные очаги чумы Кавказа, Прикаспия, Средней Азии и Сибири / Под ред. Г. Г. Онищенко. М.: Медицина, 2004. (Совместно с др.); Всесоюзные и Всероссийские научные съезды гигиенистов и санитарных врачей / Под ред. Г. Г. Онищенко. М.: Медицина, 2004. (Совместно с др.); Обеспечение биологической, химической и радиационной безопасности при террористических актах / Под ред. Г. Г. Онищенко. М., 2005. (Совместно с др.); Грипп птиц в Сибири — 2005: лабораторные и эпидемиологические исследования, противозидемические и противозидеозоотические мероприятия в период эпизоотии вируса гриппа среди домашней птицы в Сибирском и Уральском федеральных округах Российской Федерации: июнь—ноябрь 2005 г. / Под ред. Г. Г. Онищенко. Новосибирск, 2006. (Совместно с др.); Энтеральные вирусные гепатиты (этиология, эпидемиология, диагностика, профилактика. М., 2007 (Совместно с др.); Лабораторная диагностика опасных инфекционных болезней: Практ. руководство. М., 2009 (Совместно с др.).

*Лит.:* 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 397—398.

29 января — 150 лет со дня рождения Антона Павловича Чехова (1860—1904 гг., родился в Таганроге), великого русского писателя, врача по образованию. В поездке на остров Сахалин произвел перепись населения и изучил его заболеваемость. Результаты этой работы обобщил в социально-психологическом и медико-статистическом труде — книге "Остров Сахалин". В Мелихове работал врачом во время эпидемии холеры. В Ялте участвовал в оказании помощи больным туберкулезом. Принимал участие в работе ряда съездов земских врачей Московской губернии. Был близок со многими врачами, учеными и общественными деятелями: П. И. Дьяконовым, Е. А. Осиповым, П. И. Куркиным, Г. И. Россолимо и др. В своем творчестве уделял много внимания вопросам медицины, ее социальным и этическим проблемам.

*Соч. и лит.:* БМЭ и БСЭ. 3-е изд.; Ионов Ю. В. А. П. Чехов и медицина // Фельдшер и акушерка. 1980. № 6. С. 51—63; Мирский М. Б. Доктор Чехов. М.: Наука, 2003. 238 с.

Шупак Б. Н. Участие русских медиков в освоении Сахалина // Сов. здравоохран. 1975. № 9. С. 71—75.

25 февраля — 125 лет со дня рождения Левона Андреевича Оганесяна (1885—1970 гг., родился в Тбилиси), российского терапевта и историка медицины, акад. АМН СССР (1944 г.) и АН Армянской ССР (1943 г.), заслуженного деятеля науки Армян-

ской ССР (1940 г.). Заведующий кафедрой пропедевтики терапии Ереванского медицинского института (1923—1967 гг.). Руководитель сектора истории армянской медицины и биологии АН Армянской ССР (1955—1960 гг.). Основатель и директор Института кардиологии Министерства здравоохранения Армянской ССР (1960—1961 гг.), с 1972 г. носящего имя Л. А. Оганесяна. Основные труды посвящены изучению происхождения сердечных шумов, сердечно-сосудистых неврозов. Внес вклад в изучение лечебных свойств минеральных вод курорта Арзни и разработку способов их применения при различных сердечно-сосудистых заболеваниях. Автор 5-томного труда "История медицины в Армении". Председатель Научного общества терапевтов Армении.

*Соч. и лит.:* см. БМЭ. 3-е изд.; БСЭ. 3-е изд.; Лалаян А. А. Крупный терапевт и историк медицины // Сов. здравоохран. 1960. № 4. С. 60—62; Л. А. Оганесян (к 80-летию со дня рождения) // Вопр. психологии. 1966. № 1. С. 175; Лалаян А. А., Парсаданян Р. С. Л. А. Оганесян // Изв. АН Арм. ССР (Биол. науки). 1965. Т. 18, № 3. С. 94—96; 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 397.

10 февраля — 200 лет со дня смерти Никона Карповича Карпинского (1745—1810 гг., родился в селе Денисовка Полтавской губернии), отечественного анатома, хирурга и фармаколога, деятеля здравоохранения, доктора медицины (1781 г.), профессора. Был членом Медицинской коллегии, членом Вольного экономического общества, генерал-штаб-доктором сухопутной армии (1805—1808 гг.). Улучшил преподавание анатомии, хирургии и фармакологии. Разработал ряд наглядных пособий. Создал (совместно с Я. О. Саполовичем) образец нового хирургического набора для полковых лекарей (1785 г.). Составил новую отечественную фармакопею, изданную на латинском языке (1798 г. на русском языке, переведена в 1802 г.). Разработал новое положение об экзаменах иностранных докторов (1797 г., совместно с Я. О. Саполовичем), новый карантинный устав (1800 г., совместно с С. С. Андреевским и И. И. Виеном).

*Соч. и лит.:* см. БМЭ. 3-е изд.; Мирский М. Б. Хирургия от древности до современности: Очерки истории. М.: Наука, 2000. С. 274—277.

17 апреля — 125 лет со дня рождения Евгения Константиновича Краснушкина (1885—1951 гг., родился в Москве), российского психиатра, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного деятеля науки. Один из организаторов (1921 г.) Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Основные исследования посвящены клинике и психопатологии психогений, неврозов, психопатий и судебной психиатрии. Разработал (1929 г.) классификацию психогений. Выдвинул положение (1938 г.) о динамике и изменчивости психопатий под влиянием внешних воздействий, допускающее возможность компенсации личности психопатов путем медико-педагогической коррекции. Одним из первых в стране начал применять активную терапию психозов. Участвовал в проведении судебно-психиатрической экспертизы главных военных преступников на Нюрнбергском процессе (1945—1946 гг.). Являлся председателем Московского научного общества невропатологов и психиатров.

*Соч. и лит.:* см. БМЭ. 3-е изд.

18 апреля — 75 лет со дня смерти Филдинга Хадсона Гаррисона (F. H. Garrison, 1870—1935 гг.), американского библиографа и историка медицины. Более 40 лет работал в крупнейших медицинских библиотеках США. Автор многих работ по истории военной медицины и библиографии истории медицины. Особой известностью пользуется его книга "Введение в историю медицины", выдержавшая несколько изданий.

*Соч. и лит.:* см. БМЭ. 3-е изд.

11 мая — 100 лет со дня рождения Курта Винтера (K. Winter, 1910 г.), немецкого социал-гигиениста, организатора здравоохранения, общественного деятеля. Основные работы посвящены проблемам социальной гигиены, теоретическим и организационным вопросам развития здравоохранения Германии, использованию теоретического и практического опыта здравоохранения, организации коммунальной и промышленной гигиены.

*Соч.:* см. БМЭ. 3-е изд.

17 мая — 60 лет со дня рождения Владимира Ивановича Стародубова (1950 г., родился на ст. Кособродск Каргопольского района Курганской области), российского специалиста в области общественного здоровья и здравоохранения, акад. РАН, заслуженного врача России. Заместитель министра (1990 г.; 1996—1998 гг.), министр здравоохранения Российской Федерации (1998—1999 гг.). Заведующий кафедрой управления, экономики и медицинского страхования Российского медицинского университета (с 1994 г.). Директор Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения и социального развития Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (с 2004 г.). Основные исследования посвящены обоснованию и разработке пра-

вовых, организационно-методических и экономических аспектов реформирования российского здравоохранения, изучению медико-демографических процессов и показателей здоровья населения, научной разработке мониторинга деятельности здравоохранения в современных социально-экономических условиях. При его активном участии обоснованы и созданы теория, методология и система внедрения медицинского страхования в Российской Федерации.

*Соч.:* Вопросы управления медицинским учреждением в условиях введения медицинского страхования. М., 1994. (Совместно с Ю. П. Лисицыным); Медицинское страхование. М.: Медицина, 1995. (Совместно с Ю. П. Лисицыным и Е. Н. Савельевой); Стационарзамещающие формы организации медицинской помощи. М., 2001. (Совместно с др.); Исследование методами многофакторного анализа причинно-следственных связей между степенью загрязнения воды и здоровьем населения Волжского бассейна. М., 2002. (Совместно с др.); Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы. М.: Медицина, 2003. (Совместно с др.); Клиническое управление: Теория и практика. М.: Медицина, 2003. (Совместно с др.); Доказательная медицина и менеджмент в здравоохранении: Учеб пособие. М., 2006. (Совместно с др.); Медицинские кадры в стоматологии. М.: Медицина, 2006. (Совместно с др.); Стратегия формирования и развития системы организации комплексной реабилитации детей-инвалидов в Российской Федерации. М., 2006. (Совместно с др.); Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития. М.: Медицина, 2007. (Совместно с др.); Финансирование медицинской помощи населению РФ, ориентированное на результат. М., 2007. (Совместно с др.).

*Лит.:* 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2007. С. 415.

31 мая — 100 лет со дня смерти Элизабет Блекуэлл (E. Blackwell, 1821—1910 гг.), первой (получила диплом в 1849 г.) женщины-врача, деятельницы женского медицинского образования (родилась в Англии, работала в США). Основала в Нью-Йорке диспансер, затем больницу для детей и женщин и позже при этой больнице — женский медицинский колледж, в котором возглавила кафедру гигиены. Вернувшись в Англию в конце жизни, основала Лондонскую женскую медицинскую школу. Работы посвящены вопросам профилактики, личной гигиены и другим проблемам.

*Соч.:* The physical education of girls, 1852; Pioneer work in opening the medical profession to women, 1895.

*Лит.:* Chambers, P. A doctor alone. A biography of Elizabeth Blackwell: the first woman doctor. 1821—1910, London, 1956; Ross J. Child of destiny; The life story of the first woman doctor. New-York. 1949.

2 июня — 100 лет со дня рождения Игоря Петровича Лидова (1910—1995 гг.), российского специалиста в области организации здравоохранения, медицинского образования и энциклопедического творчества, профессора, заслуженного врача. С 1967 г. — зам. главного редактора, заведующий главной редакцией Большой медицинской энциклопедии. Научные работы посвящены проблемам военной медицины, высшего медицинского образования, организации здравоохранения, истории и теории энциклопедического дела, упорядочения и унификации медицинской терминологии. Впервые создал и прочитал оригинальный курс лекций по организации работы эвакуопунктов, автор большинства глав учебника по организации и тактике медицинского обеспечения войск. Внес вклад в разработку теории и методики энциклопедического творчества в области медицины, в постановку медицинского энциклопедического дела в стране на научную основу. Соавтор статей 3-го издания БМЭ "Здравоохранение", "Медицина" и др.

*Соч. и лит.:* БМЭ. 3-е изд.

24 июня — 50 лет со дня рождения Георгия Натановича Голухова (1960 г., родился в Москве), российского специалиста в области экономики здравоохранения, члена-корр. РАМН. С 1988 г. — главный врач городской клинической больницы № 31 и одновременно профессор (с 2001 г.), с 2003 г. — заведующий кафедрой управления и социологии здравоохранения факультета усовершенствования врачей Российского государственного медицинского университета. Основными направлениями научно-практической деятельности являются: экономика лечебно-профилактических учреждений, разработка и внедрение новых концепций развития госпитальной системы здравоохранения, разработка научных основ систем управления и экономики медико-производственных комплексов в условиях реформирования здравоохранения и др. Инициатор разработки и реализации программы "Клиника XXI века". Удостоен премии Правительства Российской Федерации (2004 г.).

*Соч.:* Медико-производственный комплекс: Современное состояние и перспективы развития. М., 1998. М., 1998. (Совместно с др.).

*Лит.:* 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 443.

6 июля — 100 лет со дня рождения Марии Дмитриевны Ковригиной (1910—1995 гг., родилась в селе Троицкое Каменского уезда Пермской губернии), организатора советского здравоохранения, заслуженного врача РСФСР. В годы Великой Отечественной войны — организатор медицинского обслуживания матерей и детей, эвакуированных из прифронтовой полосы. С 1942 г. — заместитель наркома здравоохранения СССР, с 1950 г. — министр здравоохранения РСФСР. В 1954—1959 гг. — министр здравоохранения СССР. В 1959—1986 гг. — ректор Центрального института усовершенствования врачей (ныне Российская медицинская академия последилового образования). Научные работы посвящены вопросам организации здравоохранения, охраны здоровья женщин и детей, подготовки и усовершенствования врачебных кадров.

*Соч.:* см. БМЭ. 3-е изд.; В неоплатном долгу. М., 1985. 40 с.; Роль женщин-врачей в развитии здравоохранения нашей страны. М.: Знание, 1975. 27 с.

*Лит.:* см. БМЭ. 3-е изд.; Славный юбилей: Ковригина Мария Дмитриевна // Сов. здравоохран. 1980. № 7. С. 71—72; М. Д. Ковригина // Министры здравоохранения: Очерки истории здравоохранения в России в XX веке / Под ред. О. П. Щепина. М., 1999. С. 263—278.

20 июля — 125 лет со дня рождения Ольги Павловны Ногинной (1885—1977, родилась в Саратове), одного из организаторов системы охраны материнства и детства в России, заслуженного врача. В 1919—1929 гг. возглавляла подотдел охраны материнства и младенчества Московского отдела здравоохранения. В дальнейшем вела практическую и научную работу в области лечебно-профилактической помощи детям. Автор и редактор ряда научных и популярных публикаций, пособий для медицинских работников по вопросам охраны материнства и младенчества.

*Соч. и лит.:* см. БМЭ. 3-е изд.; Идельчик Х. И. О. П. Ногина. М.: Медицина, 1985. 96 с.

13 августа — 100 лет со дня смерти Флоренс Найтингейл (F. Nightingale, 1820—1910 гг.), английской сестры милосердия и общественной деятельницы, эксперта английской армии по вопросам медицинского обслуживания больных и раненых. Организовала госпитально-полевое обслуживание раненых во время Крымской войны (1853—1856 гг.). Основала школу медицинских сестер в госпитале Св. Томаса в Лондоне (1860 г.). Автор ряда работ о системе ухода за больными и ранеными. Лига Международного Красного Креста учредила (1912 г.) медаль ее имени как высшую награду медсестрам, отличившимся при уходе за больными и ранеными. Среди награжденных — около 30 медицинских сестер и санитаров нашей страны.

*Соч. и лит.:* см. БМЭ и БСЭ. 3-е изд.

22 августа — 75 лет со дня рождения Анатолия Ивановича Потапова (1935 г., родился в поселке Добринка Елань-Коленовского района Воронежской области), российского социал-гигиениста и организатора здравоохранения, академика РАМН, заслуженного деятеля науки. В 1975—1979 гг. — заведующий Томским областным отделом здравоохранения. Инициатор создания и первый директор (1979—1985 гг.) Томского научного центра АМН СССР. В 1986—1990 гг. — министр здравоохранения РСФСР. С 1990 г. — генеральный директор Научно-практического объединения "Гигиена и профпатология", с 2000 г. — директор Научно-исследовательского института гигиены (ныне Федеральный научный центр гигиены) им. Ф. Ф. Эрисмана. Основные исследования посвящены оценке состояния здоровья населения Сибири, Дальнего Востока, организации медицинской науки, методологическим проблемам развития службы Госсанэпиднадзора, изучению региональных особенностей здоровья населения на основе признания человека биосоциальным объектом в целях разработки мер первичной профилактики. А. И. Потапов является руководителем исследований по комплексному изучению актуальных проблем гигиены, разрабатывает и решает задачи научного обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия Российской Федерации. Главный редактор журнала "Здравоохранение Российской Федерации". Удостоен премии им. Н. И. Пирогова.

*Соч.:* Очерк развития психиатрической службы в Томской области. Томск, 1981. 131 с. (Совместно с др.); Ишемическая болезнь сердца с сочетанной коронарно-церебральной недостаточностью. Томск, 1984. 221 с. (Совместно с др.); Вопросы организации и развития медицинской науки (на примере Сибири). М.: Медицина, 1990. 240 с. (Совместно с др.); Региональные проблемы здоровья населения России. М., 1993. 339 с. (Совместно с др.); Вредные вещества и излучения в окружающей среде: Научное учебно-методическое справочное пособие: в 5 т. СПб., 2005. Т. 2. (Совместно с др.); Методы и технические средства контроля и мониторинга окружающей среды: Учеб. пособие. СПб., 2005 (Совместно с др.); Здоровье населения и проблемы гигиенической безопасности. М., 2006 (Совместно с др.).

*Лит.:* 50 лет Академии медицинских наук. М., 1994. С. 432—433; А. И. Потапов // Министры здравоохранения: Очерки истории здравоохранения России в XX веке / Под ред. акад. О. П. Щепина. М., 1999. С. 426—434; 60 лет Российской академии медицинских наук. М.: 2004. С. 404.

28 августа — 100 лет со дня смерти Паоло Мантегацца (P. Mantegazza, 1831—1910 гг.), итальянского врача, физиолога, патолога, антрополога, писателя и гигиениста, доктора медицины, профессора. Создал первую в Италии лабораторию экспериментальной патологии. Труды посвящены проблемам физиологии питания, боли, антропологии и др. Один из пионеров исследования крови, предложил прибор для подсчета кровяных телец. Составил таблицы для определения числа эритроцитов и степени анемии. Изучал физиологию эмоций и чувств (любви, ненависти, удовольствия, состояния экстаза), выражение чувств в мимике. Кроме нескольких специально-научных исследований по различным отраслям медицины, он автор целого ряда книг популярного характера: "Физиология удовольствия", "Физиология любви", "Физиология боли", "Гигиена любви" и др. Некоторые из них переведены на многие европейские языки, в том числе и на русский. Мантегацца составил (совместно с другими учеными) 42-томный медицинский словарь (1869—1875 гг.). Прожив несколько лет в Южной Америке, он написал книгу "Гигиенические и медицинские достоинства кока", в которой описал ощущения, которые наступали при жевании листьев и при питье приготовленного из них отвара. Во Флоренции он основал антропологический и этнографический музей.

*Соч.:* Физиология и выражение чувств. Пер. с франц. / Под ред. и с предисл. Н. Я. Грота и Е. В. Вербицкого. Киев, 1886; Искусство быть счастливым. Пер. с итал. Одесса, 1888; Искусство быть здоровым. Пер. с нем. Киев, 1890; Un giorno a Madera: Una pagina dell'igiene d'amore. Madella, 1910.

*Лит.:* Paolo Mantegazza. // Lancet, 1910, Sept. 10, p. 856—857; Mantegazza Paolo // Biographisches. Lexikon der hervorrag. Arzte. Berlin-Leipzig, 1930, Bd. 3.

28 августа — 50 лет со дня рождения Андрея Вениаминовича Решетникова (1960 г., родился в Новосибирске), российского специалиста в области социологии медицины, академика РАН, заслуженного деятеля науки. С 1992 по 1996 г. — генеральный директор Новосибирского областного фонда обязательного медицинского страхования (ОМС). С 1997 г. — управляющий делами, с 1998 г. исполнительный директор Московского городского фонда ОМС, одновременно в 1996—1997 гг. — профессор кафедры менеджмента в социальной сфере Новосибирской академии экономики и управления, в 1997—1998 гг. — профессор кафедры экономической социологии МГУ. С 1998 г. — профессор, с 1999 г. — заведующий кафедрой экономики и социологии Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова. Основные научные исследования посвящены вопросам организации здравоохранения, социологии медицины, системе ОМС, стратегическому планированию для повышения социально-экономической эффективности здравоохранения. Под его руководством разработан и выполнен в 1992—2004 гг. ряд программных экономико- и медико-социальных исследований. Руководитель исследовательского комитета "Социология здоровья и здравоохранения" Российского общества социологов. Главный редактор журнала "Социология медицины".

*Соч.:* Система обязательного медицинского страхования в регионе (социально-экономическая характеристика). Новосибирск: Наука, Сиб. отд-ние, 1997. 176 с.; Социальный маркетинг и обязательное медицинское страхование. М., 1998. 336 с.; Методология исследований в социологии медицины. М., 2000. 238 с.; Технология медико-социологического исследования в социальной системе. М., 2000. 210 с.; Процессное управление в социальной сфере: Руководство. М.: Медицина, 2001. 504 с.; Управление, экономика и социология обязательного медицинского страхования. М., 2001. Т. 1—2.; Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М.: Медицина, 2002. 976 с.; Медико-социологический мониторинг: Руководство. М.: Медицина, 2003. 1048 с.; Российское общество и здравоохранение: социологическое осмысление взаимодействия: дайджест-конспект Руководство "Медико-социологический мониторинг". М., 2004; Социальный маркетинг и медицинское страхование. М., 2006; Социология медицины: Учебник. М., 2007; Здоровье как предмет изучения в социологии медицины: Учеб. пособие. М., 2008. (Совместно с др.).

*Лит.:* 60 лет Российской академии медицинских наук. М.: 2004. С. 405—406.

1 октября — 100 лет со дня рождения Сергея Владимировича Курашова (1910—1965 гг., родился в селе Ключики Тамбовской губернии), российского государственного и общественного деятеля, социал-гигиениста и организатора здравоохранения, члена-корр. АМН СССР, заслуженного врача Татарской АССР. Министр здравоохранения РСФСР (1955—1959 гг.), министр здравоохранения СССР (1959—1965 гг.). Заведующий кафедрой

организации здравоохранения I Московского медицинского института (1955—1965, ныне Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова). Научные работы посвящены проблемам социальной гигиены и организации здравоохранения, охране здоровья детей и подростков, вопросам клиники и лечения психических болезней, а также организации больничного и поликлинического обслуживания населения, санаторно-курортного дела и медицинского образования. Первый редактор журнала "Здоровье".

*Соч. и лит.:* см. БМЭ. 3-е изд.; БСЭ. 3-е изд.; Виноградов Н. А. С. В. Курашов (1910—1965). М.: Медицина, 1967. 56 с.; Филатов В. Б. С. В. Курашов // Министры здравоохранения: Очерки истории здравоохранения в XX веке / Под ред. О. П. Щепина. М., 1999. С. 284—301.

19 октября — 80 лет со дня рождения Турегельды Шармановича Шарманова (1930 г., родился в селе Улу-Тау Джезказганской области Казахстана), казахского гигиениста, организатора здравоохранения, акад. РАН. С 1971 по 1982 г. — министр здравоохранения Казахстана. В 1982—1984 гг. — директор организованного по его инициативе Казахского филиала Института питания. В 1984—1988 гг. — заведующий кафедрой гигиены питания Института усовершенствования врачей (Алматы). В 1985—1990 гг. — заведующий кафедрой гигиены питания ЦИУ врачей (ныне Российской медицинской академии последипломного образования). С 1990 г. — директор регионального Института питания (ныне Научный центр региональных проблем питания Национальной АН Республики Казахстан). Основные научные работы посвящены вопросам гигиены питания, изучению энергзатрат населения Казахстана, алиментарным нарушениям (гиповитаминоз, аминокислотный дисбаланс). В ряде работ описаны опасность употребления в пищу продуктов, загрязненных пестицидами, нитрозаминами, микотоксинами, а также меры профилактики отравлений этими веществами.

*Соч.:* см. БМЭ. 3-е изд.

*Лит.:* Шарманов Т. Ш. // Сов. здравоохр. 1990. № 12. С. 68—69; Здравоохранение Казахстана. 1990. № 4. С. 73; Вопр. питания. 1991. № 1. С. 73—74; 60 лет Российской академии медицинских наук. М.: 2004. С. 427.

23 октября — 100 лет со дня рождения Николая Аркадьевича Виноградова (1910—1977 гг., родился в Тверской губернии), российского гигиениста и организатора здравоохранения, члена-корр. АМН СССР. С 1940 по 1962 г. — зам. министра здравоохранения РСФСР и СССР, директор Института организации здравоохранения и истории медицины им. Н. А. Семашко, директор Государственного издательства медицинской литературы, член коллегии и председатель Ученого медицинского совета Минздрава РСФСР, министр здравоохранения РСФСР. Одновременно с 1949 г. и до конца жизни — заведующий кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Центрального института усовершенствования врачей (ныне Российской медицинской академии последипломного образования). Научные труды посвящены проблемам социальной гигиены, теории и практики здравоохранения.

*Соч. и лит.:* см. БМЭ. 3-е изд.; Хромченко О. М. Н. А. Виноградов // Министры здравоохранения: Очерки истории здравоохранения в России в XX веке / Под ред. акад. О. П. Щепина. М., 1999. С. 302—306; 60 лет Российской академии медицинских наук. М., 2004. С. 440.

30 октября — 100 лет со дня смерти Анри Дюна (H. Dunant, 1828—1910 гг.), швейцарского общественного деятеля и писателя. По его инициативе в Женеве была созвана конференция, положившая начало Международному обществу Красного Креста (1863 г.), а его идеи о защите раненых на войне нашли отражение в Женевской конвенции "Об облегчении участи раненых во время войны" (1864 г.). За свою деятельность был удостоен Нобелевской премии мира (1901 г.).

*Соч. и лит.:* см. БМЭ. 3-е изд.

31 октября — 125 лет со дня смерти Якова Алексеевича Чистовича (1820—1885 гг., родился в Малоярославце Калужской губернии), российского ученого-гигиениста, доктора медицины (1848 г.), судебного медика, журналиста и историка медицины, доктора медицины, профессора. Ему принадлежит инициатива создания первой в России самостоятельной кафедры гигиены, открытия первого в России судебно-медицинского отделения при Петербургской медико-хирургической академии. Особенно большим вкладом в русскую медицинскую науку являются его историко-медицинские труды, написанные на основе изучения архивных материалов медицинского департамента, Министерства внутренних дел и Св. Синода, Петербургской медико-хирургической академии. Его большой труд "История первых медицинских школ в России" (1883 г.) был удостоен премии Российской академии наук и до настоящего времени является настольной книгой историков медицины. Был редактором "Военно-медицинского журнала", журнала "Друг Здравия", с 1861 по

1871 г. издавал и редактировал еженедельную газету "Медицинский вестник". Участвовал в работе Общества русских врачей в Петербурге.

Соч. и лит.: см. БМЭ. 2-е и 3-е изд., Селиванов В. И. Я. А.

Чистович. М.: Медицина, 1977; Зикеев П. Д. Знаменательная веха (к 100-летию выхода в свет "Очерков по истории медицинских учреждений XVIII столетия") // Сов. здравоохран. 1971. № 7. С. 80—83.

## УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ "ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ" В 2010 ГОДУ

### Здоровье и общество

- Агранович О. В. Анализ некоторых социальных аспектов проблемы эпилепсии 5 (28)
- Альбицкий В. Ю., Макеев Н. И. Здоровьесберегающее поведение подростков 2 (21)
- Боровков В. Н. Оценка утраты здоровья вследствие дорожного травматизма 1 (30)
- Вагин В. А. Влияние экономического положения на здоровье работников водного транспорта Сахалинской области 5 (6)
- Волощина Л. В., Плутницкий А. Н. Медико-организационные аспекты снижения предотвратимой смертности при дорожно-транспортных происшествиях в условиях муниципального района 5 (13)
- Вязьмин А. М., Бичкаев Я. К., Санников А. Л., Варакина Ж. Л., Лукашов А. Г. Социально-гигиенические аспекты инвалидности и смертности в Архангельской области 2 (6)
- Гурьянов М. С., Камаев Я. А., Гурвич Н. И. Социологическое изучение заболеваемости медицинских работников многопрофильного стационара 1 (19)
- Демина М. А., Тюков Ю. А. Основные современные тенденции распространения инфекционных заболеваний, передаваемых половым путем 6 (19)
- Жукова Н. В. Распространенность сопутствующих заболеваний среди госпитализированных по поводу ревматоидного артрита 2 (19)
- Зайцева У. И. Медико-социальная характеристика лиц с политравмой 1 (27)
- Иванова И. В., Черная Н. Л. К вопросу об оценке здоровья школьников 5 (22)
- Калинкин Д. Е., Мендрин Т. И., Олейниченко В. Ф., Хлынин С. М., Тахауров Р. М., Варлаков М. А., Карпов А. Б. Состояние здоровья населения Томской области 1 (32)
- Какорина Е. П., Белов В. Б., Чемякина Д. Н., Ефимов Д. М. К 10-летию внедрения Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра (МКБ-10) в здравоохранение Российской Федерации 6 (3)
- Какорина Е. П., Ефимов Д. М., Чемякина С.-Д. Н. Современные аспекты смертности населения Российской Федерации от болезней органов дыхания 1 (3)
- Камаев И. А., Гурьянов М. С., Миронов С. В., Иванов А. А. Социологическое изучение здоровья и образа жизни студентов медицинской академии 1 (24)
- Камаев И. А., Молодцов С. А., Перевезенцев Е. А. Заболеваемость медицинских работников села и формирующие ее факторы 5 (17)
- Камилов Р. Ф., Самсонов В. М., Шакирова Э. Д., Шакиров Д. Ф. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности рабочих основных профессий нефтехимической промышленности 4 (11)
- Камруззаман Сайед. Анализ смертности населения Тверской области и результаты экспертной оценки летальности в больничных учреждениях Твери 2 (9)
- Камруззаман Сайед. Влияние здравоохранения на преждевременную смертность населения 4 (7)
- Камруззаман Сайед. Влияние управляемых факторов на смертность от болезней системы пищеварения 3 (7)
- Косолатов В. П., Чесноков П. Е., Клименко Г. Я. Проблемы репродуктивного здоровья населения Воронежской области и пути их решения 4 (15)
- Красненков В. Л., Камруззаман Сайед. Современные подходы к анализу и снижению смертности населения на территориальном уровне 5 (11)
- Кустов И. Н. Мотивация обращения пациентов за ортопедической стоматологической помощью в негосударственные стоматологические организации 6 (22)
- Лищицын В. И. Анализ смертности по персонализированной базе умершего населения 6 (11)
- Ломакин А. Г., Шевченко Е. А. Изучение мнения Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова о качестве медицинской помощи 5 (30)
- Ляпунова Е. В., Попова И. В., Токарев А. К., Беляков В. А. Пре-

- дикторы развития бронхиальной астмы у детей 6 (17)
- Максимова Т. Л., Лушкина Н. П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения 3 (5)
- Максимова Т. М., Лушкина Н. П. Средний возраст детей при хронической патологии 1 (9)
- Медведева О. В. Медико-социальные и медико-демографические аспекты бездетных семей 4 (17)
- Медведева О. В. Репродуктивная функция городских семей в зависимости от формы брака 1 (22)
- Медик В. А., Осипов А. М. Социальная статистика в изучении общественного здоровья 6 (7)
- Недозрелов А. В., Голева О. П., Тасова З. Б. Заболеваемость лиц, проживающих в геронтологических центрах 5 (8)
- Погорелова Э. И. О формировании показателя смертности от туберкулеза в России 2 (3)
- Розенфельд Л. Г., Лехляйдер М. В. Особенности социально-гигиенического портрета больных туберкулезом в зависимости от места их проживания 1 (16)
- Светличная Т. Г., Нестерова И. В. Характеристика медицинской активности семей, воспитывающих детей-инвалидов 4 (19)
- Седова Н. Б., Чаша Г. В., Харламова Н. В., Беликова М. Э., Куликосова Н. Ю. Врожденные пороки развития в структуре младенческой смертности в Ивановской области 5 (26)
- Султанаева З. М. Демографическая политика на региональном уровне 5 (3)
- Ткаченко Л. В., Курушина О. В., Атагаджиева М. С. Качество жизни женщин, страдающих предменструальным синдромом 2 (13)
- Филиппов Ю. Н., Абаева О. П., Барболина С. Ф. Причины самостоятельного прекращения специфической терапии больных туберкулезом 2 (24)
- Фишкина О. М., Витрук Е. Л., Долотова Н. В., Пыхтина Л. А., Воробьева Е. А., Кочерова О. Ю., Шанина Т. Г. Состояние здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, как фактор отказа от приема в замещающую семью 6 (14)
- Чесноков П. Е., Клименко Г. Я., Косолатов В. П., Пятаева С. А. Медико-социальные факторы риска развития железодефицитной анемии у беременных женщин 2 (16)
- Шавхалов Р. Н. Анализ результатов дополнительной диспансеризации работающих граждан 1 (4)
- Щепин О. П., Коротких Р. В., Трегубов Ю. Г., Голикова Д. В. Роль профилактических мероприятий в укреплении здоровья населения России 4 (3)
- Юсупова М. М. Состояние здоровья населения Чеченской Республики 5 (20)

### Реформы здравоохранения

- Аболян Л. В., Лоранский Д. Я., Казакова Л. В., Коняева Н. А., Барабаш Н. А., Зубкова Н. З. О группах материнской поддержки трудного вскармливания 3 (34)
- Агранович О. В. Организация комплексной помощи детям с эпилепсией 3 (27)
- Алексеева Н. Ю., Гайдаров Г. М., Пчела Л. П., Макаров С. В. Отношение медицинских работников к новой системе оплаты труда 3 (14)
- Алиев Р. Т., Колядо В. Б., Неймарк А. И., Бурдейн А. В. Модульный принцип в организации территориальной андрологической службы 1 (41)
- Алиев Р. Т., Колядо В. В., Неймарк Т. В., Наседкина Т. В. Опыт применения рабочего места врача в краевом андрологическом центре 2 (37)
- Баранов А. А., Ильин А. Г., Антонова Е. В. Медицинское обеспечение детей подросткового возраста 4 (28)
- Белостоцкий А. В. Деятельность ФГУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Росздрава (Пенза) и проблемы его ресурсного обеспечения 5 (45)
- Белостоцкий А. В. Правовое регулирование медицинской помощи в центрах высоких технологий 3 (30)
- Браве Ю. К., Томчук А. Л., Бабенко А. И., Васильева Ю. Ю. Функциональные методы исследования и консультативная помощь в диагностических центрах 1 (45)
- Гайдаров Г. М., Алексеева Н. Ю., Латышева Е. А. Современные

подходы к экономическому анализу эффективности деятельности многопрофильного лечебно-профилактического учреждения 5 (34)

Голицков В. Е., Слыхов Н. И. Особенности анестезиологической службы в территориях с низкой плотностью расселения населения 3 (21)

Гончарова А. Г. Качество медицинского освидетельствования лиц, подвергшихся воздействию особо вредных химически факторов 2 (31)

Гусева Н. К., Соколов В. А. Медико-социальная экспертиза в социальной защите инвалидов 6 (24)

Деларю В. В. Наиболее часто цитируемые отечественные журналы в диссертационных исследованиях по социологии медицины 3 (26)

Есипов А. В., Трегубов В. Н. Роль научно-практических конференций в формировании имиджа лечебно-профилактического учреждения 2 (48)

Ефанкина О. Н. Организация лечебно-профилактической помощи больным на базе дневного стационара 1 (43)

Жигулева Л. Ю. Оценка пациентами качества стационарной гематологической помощи 2 (27)

Жилаева Е. П., Нечаев В. С., Ефремов Д. В. Роль врача общей практики в пропаганде здорового образа жизни 1 (47)

Камалова С. К. Проблемы организации консультативно-диагностической помощи населению в субъекте Российской Федерации 4 (39)

Куликова Н. Г., Оверченко А. В. Диспансерное наблюдение детей и подростков со стоматологическими заболеваниями 2 (44)

Кунгуров Н. В., Зильберберг Н. В. Планирование ресурсного обеспечения специализированной медицинской помощи в стационарах 5 (38)

Магомедова С. А. Болезни системы кровообращения и особенности организации лечебно-профилактической помощи в Республике Дагестан 2 (42)

Магомедова С. А., Единарова И. Е. Особенности организации службы скорой медицинской помощи в Республике Дагестан 3 (19)

Мещеряков В. В., Горбач Н. А., Куярова Г. Н., Маренко Е. Ю., Маренко А. М. Экспертиза качества диагностики бронхиальной астмы в амбулаторно-поликлинических учреждениях 5 (48)

Нечаев В. С., Единарова И. Е. Теоретические особенности организации системы консультативной медицинской помощи 4 (37)

Панфилова Т. Н., Медведева О. В. Региональные аспекты реализации семейной политики 2 (46)

Пахомов И. А. Современные особенности организации специализированной подиатрической помощи 6 (27)

Петрова И. А., Махотин А. Е. Обеспечение доступности офтальмологической помощи в медицинских организациях различных форм собственности 5 (50)

Поляков Б. А., Кизеев М. В., Мушников Д. Л. Экономическая культура медицинского учреждения как фактор инновационного развития 3 (10)

Сагина О. В., Гасан-Заде Ч. А. Совершенствование стоматологической помощи населению Республики Северная Осетия-Алания 2 (34)

Салмина-Хвостова О. И., Алексеева Н. С. Медицинская помощь пациентам с расстройствами пищевого поведения при ожирении 4 (45)

Серегина И. Ф. Особенности управления и контроля качества медицинской помощи в субъектах Российской Федерации на современном этапе 1 (36)

Сохач А. Я., Горбунков В. Я., Аронович Н. В. Совершенствование диагностики абдоминальной формы ишемической болезни сердца в первичном звене здравоохранения 2 (35)

Стародубов В. И., Флек В. О., Сон И. М., Леонов С. А., Матвеев Э. Н., Бантьева М. Н. Методологические предпосылки построения современных региональных моделей медицинского обеспечения населения 4 (23)

Трущелев С. А. Социальное партнерство при оказании психиатрической помощи 2 (40)

Финченко Е. А., Цыцорина И. А. Методические подходы к охране здоровья населения в субъекте Российской Федерации 4 (34)

Цыганова О. А. Информированность врачей о правовых основах медицинской деятельности 5 (42)

Чикинева А. В. Обеспечение качества и безопасности медицинской помощи на основе стандартизации сестринской деятельности в консультативно-диагностическом центре 4 (32)

Щепин В. О., Любенко О. Г. Стоматологическая помощь инвалидам в условиях городской поликлиники 4 (50)

### Медицинское страхование

Бадалянц И. Е. Медико-экономическая характеристика стационарной помощи в системе ОМС Самарской области 1 (49)

Булхина Г. Р. Социологический опрос в организации оценки качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования 3 (28)

### Образование и кадры

Ищук Т. Н. Последипломная подготовка по профилактической медицине 3 (41)

Кабанова С. А., Ложкевич И. Ю. Подготовка врачебных и научных кадров в системе последипломного медицинского образования 1 (52)

Каспрук Л. И. Подготовка сестринского персонала в системе первичной медико-санитарной помощи в Оренбургской области 6 (31)

### Из опыта организатора здравоохранения

Белостоцкий А. В. Опыт становления центра высокотехнологичной медицинской помощи 6 (34)

Толстов С. Н., Тихомолов М. В. Дополнительное профессиональное образование в сферах социального здоровья 4 (53)

### За рубежом

Улумбекова Г. Э. Опыт государственных гарантий бесплатной медицинской помощи за рубежом 3 (43)

### История медицины

Батоев С. Д. Организация охраны материнства и детства в Бурят-Монгольской АССР в годы Великой Отечественной войны 4 (61)

Вязьмин А. М., Андреева А. В. Общество архангельских врачей из первых общественных медицинских организаций в России 3 (54)

Вязьмин А. М., Санников А. Л., Варакина Ж. Л. Общественное здоровье Архангельской губернии на рубеже XIX—XX века 6 (51)

Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. Н. О развитии высшей медицинской школы в Восточно-Сибирском регионе 2 (61)

Гончарова С. Г. Московское научное общество историков медицины в 2009 г. 3 (59)

Грошев И. В. У истоков профилактической медицины в Тамбовской области 4 (58)

Денисов И. Н., Резе А. Г., Волнухин А. В. К истории обучения российских врачей коммуникативным навыкам 5 (57)

Егорышева И. В. Деятельность Д. Н. Жбанкова в Пироговском обществе 3 (51)

Егорышева И. В. К вопросу о статусе Российского общества Красного Креста 1 (58)

Знаменательные и юбилейные даты истории здравоохранения и медицины 2010 г. 3 (60); 4 (64); 6 (58);

Кнопов М. Ш., Тарануха В. К. Видный ученый и талантливый нейрохирург А. П. Ромоданов (к 90-летию со дня рождения) 6 (46)

Кнопов М. Ш., Тарануха В. К. Уроки медицинского обеспечения войск в годы Великой Отечественной войны 2 (51)

Лазаренко В. Г. О врачах древнего Китая 5 (60)

Лисицын Ю. П., Журавлева Т. В. История Конфедерации историков медицины (КИММ) 2 (57)

Мирский М. Б., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В., Блохина Н. П., Гончарова С. Г., Воскресенская Н. П. Роль медицинской общности в отечественной медицине 6 (42)

Сидоров П. И., Якушев И. Б. Междисциплинарный подход к истории психиатрии 3 (47)

Сорокина Т. С. Николай Иванович Пирогов в британской историко-медицинской литературе (к 200-летию со дня рождения) 6 (45)

Сорокина Т. С. Пятидесятилетие Российского университета дружбы народов (к истории медицинского факультета) 3 (56)

Сточик А. М., Затравкин С. Н. Научные революции в медицине (XVII—первая половина XIX века). Сообщение 1. Опровержение анатомо-физиологической концепции Галена 5 (53)

Сточик А. М., Затравкин С. Н. Научные революции в медицине XVII—XIX века: опровержение галенизма и возникновение естественно-научных основ медицины. Сообщение 2. Возникновение представлений об обмене веществ и клетке как элементарной единице жизни 6 (37)

Тищенко Е. М. Медицинский персонал Белоруссии в период фашистской агрессии и оккупации 2 (55)

Токов Ю. А., Тарасова И. С. Исторические аспекты развития здравоохранения на Южном Урале 6 (56)

Шерстнева Е. В. Вклад медицинской общности России в организацию науки (вторая половина XIX—начало XX века) 4 (55)

Шерстнева Е. В. Роль медицинской общности России в



развитии гигиены (вторая половина XIX—начало XX века) 1 (60)

*Якупов И. А., Завьялов А. И.* Профессор П. С. Григорьев и его роль в развитии дерматовенерологической науки и практики 6 (48)

*Яхьяева З. И., Батаев Х. М.* Охрана здоровья женщин в Чечено-Ингушетии в годы Великой Отечественной войны 6 (54)

#### Рецензии

*Кучеренко В. З.* Рецензия на книгу "Здоровье населения региона

и приоритеты здравоохранения". Под ред. акад. РАМН, проф. О. П. Шепина, чл.-кор. РАМН, проф. В. А. Медика. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 384 с.: ил. 5 (62)

#### Хроника

О присуждении премий Правительства Российской Федерации 2009 г. в области науки и техники 5 (63)

*Шерстнева Е. В., Егорышева И. В.* Международный симпозиум "Роль медицинской общественности в здравоохранении России: история и современность" 3 (61)

### 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) 271-30-10\*44-20

**Ответственность  
за достоверность информации,  
содержащейся в рекламных  
материалах, несут  
рекламодатели.**

Редактор *З. И. Литвиненко*

Художественный редактор  
*Р. Р. Катеева*

Корректор *Л. Ф. 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 16.09.10. Подписано в печать 16.11.2010. Формат 60×88<sup>1</sup>/<sub>8</sub>.

Печать офсетная. Печ. л. 8,00. Усл. печ. л. 7,84.

Уч. изд. л. 9,16.

Заказ 767.

ОАО «Издательство "Медицина"»

E-mail: meditsina@mtu-net.ru

WWW страница: www.medlit.ru

Подписной тираж номера 340 экз.

ЛР № 010215 от 29.04.97.

Типография: ООО "Подольская Периодика"  
142110, г. Подольск, ул. Кирова, 15



## 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.

**Уважаемые читатели!**

Приглашаем Вас посетить сайт  
ОАО «Издательство "Медицина"»  
в Интернете

Наш адрес:

**[www.medlit.ru](http://www.medlit.ru)**