

18+

Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России

Журнал основан в 1993 г.

С 1995 г. журнал является членом Европейской ассоциации научных редакторов (EASE).

www.journal-nriph.ru
www.nriph.ru

Зав. редакцией

Щеглова Татьяна Даниловна
Тел.: +7 (495) 916-29-60
E-mail: ttcheglova@gmail.com

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

Все права защищены.

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

Цена свободная.

Подписка:

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

на электронную версию:
elibrary.ru

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2021. Т. 29. № 2. 185—384.



Издатель:
Акционерное общество
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 08.02.2021.

Подписано в печать 16.04.2021.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.
Печ. л. 25,00. Усл. печ. л. 24,44. Уч.-изд. л. 28,11.

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

ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

2

Том 29

2021

МАРТ—АПРЕЛЬ

Главный редактор:

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

Заместители главного редактора:

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

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

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

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

Ответственный секретарь:

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

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

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

ВЕНДТ Сара — PhD, профессор (Флиндер, Австралия)

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

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

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

ЗУДИН Александр Борисович — доктор медицинских наук (Москва, Россия)

КАКОРИНА Екатерина Петровна — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ЛИНДЕНБРАТЕН Александр Леонидович — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

МЕДИК Валерий Алексеевич — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Новгород, Россия)

ПАШКОВ Константин Анатольевич — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

РЕННЕР Андреас — PhD, профессор (Мюнхен, Германия)

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

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

СОРОКИНА Татьяна Сергеевна — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

СТАРДУБОВ Владимир Иванович — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ХАЛЬФИН Руслан Альбертович — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ЧЕБОТАРЕВА Юлия Юрьевна — доктор медицинских наук, доцент (Ростов-на-Дону, Россия)

ЧИЧЕРИН Леонид Петрович — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ШЛЯФЕР София Исааковна — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

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

ВИШНЯКОВ Николай Иванович — доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург, Россия)

ВОЛКОВА Ольга Александровна — доктор социологических наук, профессор (Белгород, Россия)

ГЕРАСИМЕНКО Николай Федорович — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ГУЛЗОДА Махмадшох Курбонали — доктор медицинских наук, профессор (Республика Таджикистан)

ГУНДАРОВ Игорь Алексеевич — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ДЖУМАЛИЕВА Гульмира Артыкбаевна — доктор медицинских наук, профессор (Бишкек, Кыргызстан)

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

ЗУБОК Юлия Альбертовна — доктор социологических наук, профессор (Москва, Россия)

КАСЫМОВА Гульнара Пазылбековна — доктор медицинских наук, профессор (Алматы, Казахстан)

ПОЛУНИНА Наталья Валентиновна — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

ПОЛЯНИН Андрей Витальевич — доктор экономических наук, профессор (Орел, Россия)

РЕШЕТНИКОВ Андрей Вениаминович — академик РАН, доктор медицинских наук, доктор социологических наук, профессор (Москва, Россия)

САЛАКС Юрис — доктор медицинских наук, профессор (Рига, Латвия)

N. A. Semashko National
Research Institute of Public Health

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

Founded in 1993.

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

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

www.nriph.ru

Managing editor

Scheglova T. D.

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

E-mail: ttcheglova@gmail.com

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

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

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

PROBLEMY SOTSIALNOY GIGIENY, ZDRAVOOKHRANENIYA I ISTORII MEDITSINY

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

The bimonthly theoretical and practical journal

2

Volume 29

2021

MARCH—APRIL

Editor-in-Chief:

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

Deputy Editor-in-Chief:

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

SON I. M. — MD, PhD, DSc, prof.

ZATRAVKIN S. N. — MD, PhD, DSc, prof.

ANANCHENKOVA P. I. — PhD, assistant prof.

Executive secretary:

NECHAEV V. S. — MD, PhD, DSc, prof.

EDITORIAL BOARD:

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

ALBICKY V. Yu. — MD, PhD, DSc, prof.

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

Artur Benout EKLOF — PhD, prof.

ELYUTINA M. E. — PhD, DSc, prof.

GAIDAROV G. M. — MD, PhD, DSc, prof.

ZUDIN A. B. — MD, PhD, DSc.

KAKORINA Ye. P. — MD, PhD, DSc, prof.

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

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

PASHKOV K. A. — MD, PhD, DSc, prof.

SEMENOV V. Yu. — MD, PhD, DSc, prof.

SOZINOV A. S. — MD, PhD, DSc, prof.

SOROKINA T. S. — MD, PhD, DSc, prof.

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

HALFIN R. A. — MD, PhD, DSc, prof.

CHEBOTAREVA Yu. Yu. — MD, PhD, DSc, assistant prof.

CHICHERIN L. P. — MD, PhD, DSc, prof.

Andreas RENNEN — PhD, Habilitation, prof.

SHLIAFER S. I. — MD, PhD, DSc, prof.

Sarah WENDT — PhD, prof.

VISHLENKOVA E. A. — PhD, DSc, prof.

EDITORIAL COUNCIL:

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

Berseneva E. A. — MD, PhD, DSc, prof.

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

Volkova O. A. — PhD, DSc, prof.

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

Gulzoda M. K. — MD, PhD, DSc, prof.

Gundarov I. A. — MD, PhD, DSc, prof.

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

Zinchenko R. A. — MD, PhD, DSc, prof.

Zubok Yu. A. — PhD, DSc, prof.

Kasimova G. P. — MD, PhD, DSc, prof.

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

Polanin A. V. — PhD, DSc, prof.

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

Salaks Yu. M. — MD, PhD, DSc, prof.

СОДЕРЖАНИЕ

COVID-19

Щепин В. О., Хабриев Р. У. Особенности смертности населения Российской Федерации, Центрального федерального округа и города Москвы в 2020 г.	189
Mironava K., Lipai T. P. COVID-19 implications: the role of stress and stigmatization	194
Лукьянец А. С., Брагин А. Д. Влияние природно-климатических факторов на уровень заболеваемости населения России	197
Ананченкова П. И. Влияние пандемии COVID-19 на развитие медицинского туризма	203
Захарова Е. Н., Гисина О. Г., Кальницкая О. В. Тенденции и перспективы развития медицинского туризма	206
Бессчетнова Окс. В., Волкова О. А., Алиев Ш. И., Бессчетнова Ол. В. Отношение молодежи к вакцинопрофилактике гриппа в условиях развития пандемии COVID-19	213
Вошева Н. А., Камынина Н. Н., Короткова Е. О., Вошев Д. В. Сравнительный анализ отношения населения к вакцинации от коронавирусной инфекции COVID-19 в зарубежных странах и в России	220

Здоровье и общество

Хабриев Р. У., Черкасов С. Н., Григорьев Г. Ю., Федяева А. В. Анализ состояния здоровья лиц, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и старше	227
Зудин А. Б., Введенский А. И. Здоровье в самооценках работников промышленного производства и социальной сферы	232
Шляфер С. И. Оказание стационарной медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста в Российской Федерации	238
Алимбаева М. А., Лисова Н. А., Спиридонова М. С., Шилова О. Ю., Шилов С. Н. Особенности темперамента и уровней активации центральной нервной системы студенток с разным состоянием репродуктивного здоровья	245
Бедарева В. Е., Меньшикова Л. И., Варакина Ж. Л., Кравцова Л. Н. Инвалидность вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний в Архангельской области	250
Трубетсков А. Д., Жиров К. С. «Эффект здорового рабочего» в различных областях медицины труда (обзор)	254
Фомичева Т. В. Динамика показателей продолжительности жизни россиян: социологический аспект	260
Пузин С. Н., Грибова Э. П., Меметов С. С., Шаркунов Н. П., Чандирли С. А., Ким В. В. Возрастно-половая структура инвалидов вследствие цереброваскулярных заболеваний в Москве за 2014—2018 гг.	265
Васильева Т. П., Комаров И. А., Александрова О. Ю., Зинченко Р. А. Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи при редких (орфанных) заболеваниях среди взрослого населения Российской Федерации	270
Шмелев И. А., Сергеев В. В., Купряхин В. А. Механизмы урегулирования споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг	278
Танатова Д. К., Королев И. В. Диагностика доступной среды университета	282
Вдовина М. В., Семочкина Н. Н. Социальное здоровье семьи с ребенком-инвалидом в период раннего детства и в школьные годы	287
Кирицина И. А., Солонина А. В., Крашенинников А. Е., Хабриев Р. У. Методология управляемого медико-фармацевтического сопровождения пациентов — от теории к практике (обзор литературы)	293
Шшишкин Е. В., Щепин В. О. Роль алкогольных и наркотических веществ в смертности населения от внешних причин и совершенствование правового регулирования ответственности за их потребление	302

Реформы здравоохранения

Волнухин А. В., Сибурин Т. А., Князев А. А. Развитие и укрепление общеврачебных практик — главное условие успешной модернизации первичного звена здравоохранения ...	306
--	-----

CONTENTS

COVID-19

Shchepin V. O., Khabriev R. U. The characteristics of population mortality of the Russian Federation, the Central Federal Okrug and City of Moscow in 2020	189
Mironava K., Lipai T. P. The COVID-19 implications: the role of stress and stigmatization	194
Lukyanetz A. S., Bragin A. D. The impact of natural climatic factors on level of population morbidity in Russia	197
Ananchenkova P. I. The impact of COVID-19 pandemic on medical tourism development	203
Zaharova E. N., Gisisina O. G., Kalnitskaya O. V. The trends and perspectives of development of medical tourism	206
Besschetnova Oks. V., Volkova O. A., Aliev Sh. I., Besschetnova Ol. V. The attitude of the youth to vaccine prevention of influenza in conditions of COVID-19 pandemic	213
Vosheva N. A., Kamynina N. N., Korotkova E. O., Voshev D. V. The comparative analysis of population attitude to vaccination against COVID-19 infection in foreign countries and in Russia	220

Health and Society

Khabriev R. U., Cherkasov S. N., Grigoriev G. Yu., Fedyaeva A. V. The analysis of health condition of individuals aged 40 years and older and going in for sports	227
Zudin A. B., Vvedensky A. I. The health issues in self-appraisal of workers of industrial production and social sector	232
Shlyafser S. I. The hospital medical care support of individuals older than able-bodied age in the Russian Federation	238
Alimbaeva M. A., Lisova N. A., Spiridonova M. S., Shilova O. Ju., Shilov S. N. The features of temperament and levels of activation of central nervous system of female students with various condition of reproductive health	245
Bedareva V. E., Menshikova L. I., Varakina Zh. L., Kravtsova L. N. The disability due to industrial injuries and occupational diseases in the Arkhangelsk Oblast	250
Trubetskov A. D., Zhyrov K. S. “The effect of healthy worker” in various areas of occupational medicine: the publications review	254
Fomicheva T. V. The dynamics of life-span of citizen of the Russian Federation: the sociological aspect	260
Puzin S. N., Gribova E. P., Memetov S. S., Sharkunov N. P., Chandirli S. A., Kim V. V. The age gender structure of the disabled due to cerebral vascular diseases in Moscow in 2014—2018	265
Vasilieva T. P., Komarov I. A., Aleksandrova O. Yu., Zinchenko R. A. The normative legal regulation of medical care support of rare (orphan) diseases in adult population of the Russian Federation	270
Shmelev I. A., Sergeev V. V., Kupryakhin V. A. The mechanisms of regulation of disputes concerning inappropriate medical services support	278
Tanatova D. K., Korolev I. V. The diagnostic of accessible university environment	282
Vdovina M. V., Semochkina N. N. The social health of family with disabled child during period of early childhood and school years	287
Kirshcina I. A., Soloninina A. V., Krashenninnirov A. E., Khabriev R. U. The methodology of controllable medical pharmaceutical monitoring of patients: from theory to practice (publications review)	293
Shishkin E. V., Shchepin V. O. The role of alcoholic and narcotic substances in population mortality due to external causes and development of legal regulation of responsibility for their consumption	302

Health Care Reforms

Volnuhin A. V., Siburina T. A., Knyazev A. A. The development and enhancement of general medical practice as major condition of successful modernization of primary health care	306
---	-----

- Абубакиров А. С., Зудин А. Б. Сравнительный анализ программ обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования в российской и международной практике 313
- Еругина М. В., Кром И. Л., Шмеркевич А. Б., Еремина М. Г., Балакина Д. Д., Водолагин А. В. Верификация системных факторов организации онкологической помощи в Саратовской области 316
- Тер-Израелян А. Ю., Белостоцкий А. В., Гришина Н. К., Соловьева Н. Б., Евдокимова Т. Е. Совершенствование управления медицинскими организациями, оказывающими специализированную первичную медико-санитарную помощь психически больным 322
- Котенко О. Н., Сердюковский С. М., Гришина Н. К., Ибрагимов А. И. Технология улучшения выявляемости хронических болезней почек 327
- Путило Н. В., Маличенко В. С. Роль клинических рекомендаций в организации оказания медицинской помощи 331
- Из опыта организатора здравоохранения**
- Михайлин Е. С. Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья несовершеннолетних беременных 339
- Шегай М. М., Шимановский Д. Н. Фармакоэкономический анализ применения гадолинийсодержащих магнитно-резонансных контрастных средств при рассеянном склерозе 343
- Образование и кадры**
- Амлаев К. Р., Койчуева С. М., Кошель В. И., Ходжаян А. Б. Компаративный анализ некоторых показателей результативности образовательных организаций Северо-Кавказского федерального округа по подготовке медицинских кадров в рамках научно-образовательного медицинского кластера «Северо-Кавказский» 347
- Кобякова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С., Тюфилин Д. С., Пleshков М. О., Хомяков К. В., Левко А. Н., Балаганская М. А., Загროмова Т. А. Медицинские сестры: факторы профессионального выгорания 353
- История медицины**
- Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Ухудшение здоровья советских людей в эпоху застоя 359
- Бородулин В. И., Банзельюк Е. Н., Тополянский А. В. 200 лет истории отечественной клиники внутренних болезней: вопросы периодизации (5-й и 6-й этапы) 369
- Шерстнева Е. В. Международное участие в организации производства антибиотиков в СССР: «пенициллиновый проект» Администрации помощи и восстановления Объединенных Наций (1946—1947) 373
- Васина Т. А. Деятельность штаб-лекаря И. Т. Воскобойникова на Камских заводах на рубеже XVIII—XIX вв. 379
- Abubakirov A. S., Zudin A. B. The comparative analysis of mandatory and voluntary medical insurance in national and international practice 313
- Erugin M. V., Krom I. L., Shmerkevich A. B., Eremina M. G., Balakina D. D., Vodolagin A. V. The verification of systemic factors of oncology care organization in the Saratov Oblast 316
- Ter-Israelyan A. Yu., Belostotsky A. V., Grishina N. K., Solovyova N. B., Evdokimova T. E. The development of management of medical organizations providing specialized primary medical sanitary care to mental patients 322
- Kotenko O. N., Serdyukovskiy S. M., Grishina N. K., Ibragimov A. I. The technology of enhancement of detection of chronic renal diseases 327
- Putilo N. V., Malichenko V. S. The role of clinical recommendations in organization of medical care support 331
- From Practice of Health Care Professional**
- Mikhaylin E. S. The legislation of the Russian Federation in sphere of health protection of underage pregnant females 339
- Shegay M. M., Shimanovsky D. N. The pharmacological economic analysis of application of magnetic resonance contrast mediums containing gadolinium in case of multiple sclerosis 343
- Education and Personnel**
- Amlaev K. R., Koichueva S. M., Koshel V. I., Khodjayan A. B. The comparative analysis of some indices of effectiveness of education organizations of the Northern Caucasus Federal Okrug concerning medical personnel training within the framework of scientific educational medical cluster “The Northern Caucasus” 347
- Kobyakova O. S., Deev I. A., Kulikov E. S., Tyufilin D. S., Pleshkov M. O., Homiyakov K. V., Levko A. N., Balaganskaya M. V., Zagromova T. A. The medical nurses: the factors of professional burning-out 353
- History of Medicine**
- Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A. Deterioration of Soviet people's health in an era of stagnation 359
- Borodulin V. I., Banzelyuk E. N., Topolyanskiy A. V. The 200 years of history of national clinic of internal diseases: the issues of periodization (the fifth and sixth stages) 369
- Sherstneva E. V. The international participation in organization of production of antibiotics in the USSR: “The penicillin project” of the United Nations Relief and Rehabilitation Administration (1946—1947) 373
- Vasina T. A. The activities of the field-doctor I. T. Voskoboynikov at Kama mills at the turn of XVIII—XIX centuries 379

COVID-19

© Щепин В. О., Хабриев Р. У., 2021

УДК 614.2

Щепин В. О., Хабриев Р. У.

ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЦЕНТРАЛЬНОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА И ГОРОДА МОСКВЫ В 2020 г.

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

Задача сохранения народонаселения страны входит в число наиболее актуальных на протяжении всех лет существования новой России и является предметом ее национальной безопасности. В статье представлены результаты анализа смертности населения Российской Федерации, Центрального федерального округа и г. Москвы за первые 8 мес 2020 г. по отношению к аналогичному периоду 2019 г. За январь—март 2020 г. общая смертность населения, сохраняя сложившиеся тенденции ряда предыдущих лет, снизилась в Российской Федерации на 3,8%, в Центральном федеральном округе — на 3%, в г. Москве — на 3,9%. Однако с апреля-мая ситуация кардинально изменилась и, по итогам января—августа, смертность уже возросла, а ее прирост составил по Российской Федерации 6,5%, по Центральном федеральном округе — 7,8%, по г. Москве — 15,6%. Прирост абсолютного числа умерших в Российской Федерации по месяцам (к аналогичному месяцу 2019 г.) в мае 2020 г. составил 11,9%, в июне — 18,6%, в июле — 19,7%, в августе — 9,6%. В Москве пиковые значения этого прироста отмечены в мае (57,2%) и июне (41,6%). В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции доля COVID-19 как основной причины смерти (коды МКБ-10 U07.1 и U07.2) в структуре общей смертности населения за апрель—август составила 3,2%, а в структуре избыточно умерших в мае—августе — 28,6%. В результате роста смертности и продолжающегося снижения рождаемости естественная убыль населения страны выросла в полтора раза и более и достигла значения –3,6 в Российской Федерации, –4,9 в Центральном федеральном округе и –1,6 в г. Москве (на 1 тыс. населения). Процесс депопуляции в России не только сохранился, но и существенно обострился.

К л ю ч е в ы е с л о в а: смертность населения; причины смерти; прирост-убыль числа умерших; избыточная смертность; число умерших от COVID-19.

Для цитирования: Щепин В. О., Хабриев Р. У. Особенности смертности населения Российской Федерации, Центрального федерального округа и города Москвы в 2020 г. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):189—193. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-189-193>

Для корреспонденции: Щепин Владимир Олегович, член-корр. РАН, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: shchepin131@mail.ru

Shchepin V. O., Khabriev R. U.

THE CHARACTERISTICS OF POPULATION MORTALITY OF THE RUSSIAN FEDERATION, THE CENTRAL FEDERAL OKRUG AND CITY OF MOSCOW IN 2020

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

To preserve the country's population is among one of the most vital tasks over the period of existence of the new Russia and constitutes the subject of national security. The article presents the results of analysis of population mortality rate of the Russian Federation, the Central Federal Okrug and City of Moscow during the first eight months of 2020 towards to concurrent period of 2019. In January-March 2020, the population total mortality rate, retaining prevalent trends of number of preceding years, decreased in the Russian Federation by 3.8%, in the Central Federal Okrug by 3.0% and in City of Moscow by 3.9%. However, since April-May the situation has changed dramatically and, according to the results of January-August, mortality by this time has increased, and its growth made up to 6.5% in the Russian Federation, 7.8% in the Central Federal Okrug and 15.6% in the City of Moscow. In May 2020, the gain of absolute number of the deceased in the Russian Federation by months (towards to concurrent month of 2019) made up to 11.9%, in June to 18.6%, in July to 19.7% and in August to 9.6%. In Moscow, the peak values of this increase were noted in May — 57.2% and in June — 41.6%. In the conditions of new coronavirus infection pandemic, the share of COVID-19, as main cause of death (ICD-10 codes U07.1 and U07.2), in the structure of total mortality in April-August consisted 3.2% and in the structure of excess deaths in May-August — 28.6%. The increase of mortality and continued decrease of birth rate resulted in increasing of natural population loss by 1.5 times and more and reached such values as –3.6 in the Russian Federation, –4.9 in the Central Federal Okrug and –1.6 in the City of Moscow (per 1000 of population). The process of depopulation of the Russian nation not only retained, but significantly has become significantly aggravated.

Key words: mortality; population; causes of death; gain; loss; deceased; excess mortality; COVID-19.

For citation: Schepin V. O., Khabriev R. U. The characteristics of population mortality of the Russian Federation, the Central Federal Okrug and City of Moscow in 2020. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):189—193 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-189-193>

For correspondence: Schepin V. O., the Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, doctor of medical science, professor, the chief researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health”. e-mail: shchepin131@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Введение

Комплексный анализ медико-демографического движения населения, динамическое наблюдение за процессами его развития и трансформации являются обязательным предметом социальной гигиены, общественного здоровья и организации здравоохранения. Особую актуальность и значимость эти исследования приобретают в условиях массового, особенно неожиданного, распространения (эпидемии, пандемии) заболеваний, в том числе ранее неизвестных, характеризующихся интенсивными темпами прироста, высокими уровнями летальности и смертности и являющимися потенциальной угрозой для здоровья населения и общества. Негативная ситуация, обусловленная появлением новой коронавирусной инфекции, сложившаяся в мире и в нашей стране в течение 2020 г., представляет непосредственный вызов национальной безопасности Российской Федерации в ее биологической, демографической, экономической, социальной и других сферах.

Материалы и методы

Объект исследования — смертность населения. *Предмет исследования* — объемы и показатели общей смертности населения в Российской Федерации (РФ), в том числе ее регионах — Центральном федеральном округе (ЦФО) и г. Москве, в период первых 8 мес 2019 и 2020 гг.

Выбор ЦФО и Москвы обоснован тем, что ЦФО представляет собой самый крупный федеральный округ страны, Москва — самый крупный субъект РФ и именно в них отмечался самый ранний и интенсивный прирост избыточной смертности, а также случаев заболеваемости COVID-19 и смерти от него.

На 1 января 2020 г. население ЦФО составило 39,4 млн, или 26,9% общей численности населения России (146,7 млн). Население г. Москвы составило 12,7 млн — 8,6% населения страны и 32,2% населения ЦФО.

Цель исследования — оценка изменений показателей смертности в 2020 г. по отношению к 2019 г. и возможной степени влияния на эти изменения первой волны эпидемии COVID-19, регистрируемой в РФ с апреля 2020 г.

Информационное обеспечение — официальные данные федерального статистического наблюдения о помесечном естественном движении населения России, ЦФО и Москвы в 2019—2020 гг. [1, 2].

Основные методы исследования — аналитический, математический, сравнительного анализа. Единица наблюдения — случай смерти.

При расчете объемов влияния COVID-19 как основной или значимой причины смерти на структуру смертности населения использовались данные Росстата о числе умерших по кодам смерти МКБ-10

U07.1 — Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован, и U07.2 — Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус не идентифицирован, а также статистические учетные группы Росстата: COVID-19, который «не являлся основной причиной смерти, но оказал существенное влияние на развитие смертельных осложнений», и COVID-19, который «не являлся основной причиной смерти и не оказал существенное влияние на развитие смертельных осложнений» (Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.04.2020 № 13-2/И/2-4335 «О кодировании коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19»). Условно мы обозначили эти четыре подгруппы как Cov.1, Cov.2, Cov.3 и Cov.4.

Результаты исследования

За период 2010—2019 гг. общая смертность населения Российской Федерации снизилась с 14,2 до 12,3 (на 1 тыс. населения), что составило значимые 13,4%. Процесс этот был достаточно последователен, за исключением небольшого роста (на 0,8%) в 2014 и 2018 гг. В 2017 г. смертность снизилась сразу на 3,9%, в 2019 г. — на 1,6%. Исходя из этих тенденций, вполне обоснованно ожидалось сохранение складывающегося тренда и в 2020 г.

И действительно, в первом квартале 2020 г. по отношению к январю—марту 2019 г. смертность в РФ снизилась на 3,5% (с 1307,0 до 1261,9 на 100 тыс. населения), а в ЦФО — на 3,3% (с 1340,0 до 1296,1). В том числе: от некоторых инфекционных и паразитарных болезней (НИИПБ) в РФ на 8,2% (в ЦФО без изменений), от злокачественных новообразований (ЗН) на 4 и 4,6% в РФ и ЦФО соответственно, от болезней системы кровообращения (БСК) на 7,4 и 6,7%, от болезней органов дыхания (БОД) на 10,5 и 2,2%; от внешних причин (ВП) на 6,9 и 5,1%. Смертность от болезней органов пищеварения (БОП) возросла в РФ на 2,7%, а в ЦФО на 1,8%.

В Москве за эти 3 мес 2020 г. смертность в целом снизилась на 3,7% (с 1021,2 до 983,5), в том числе: от ЗН на 2,2%, от БОД на 16,9%, от БОП на 7,9%, от ВП на 12,3%. Возросла смертность от БСК на 0,4% и от НИИПБ на 1,8%.

К сожалению, дополнительные сведения о уровне и структуре смертности населения РФ и ее субъектов по классам болезней и отдельным причинам за первый квартал и последующие месяцы 2020 г. в доступных нам источниках отсутствуют.

Апрель 2020 г. явился в чем-то переходным и переломным. По итогам первых 4 мес 2020 г. смертность в РФ снизилась на 3,1% (к январю—апрелю 2019 г.), за январь—май не изменилась, а затем пошла в рост: в январе—июне на 3,2%, в январе—июле на 4,8% и в январе—августе на 6,5%.

При этом прирост абсолютного числа умерших по месяцам (к соответствующим месяцам 2019 г.)

COVID-19

уже в мае составил 11,9%, в июне — 18,6%, в июле — 19,7%, в августе — 9,6%.

В ЦФО за январь—апрель смертность снизилась на 1,5%, а с мая начала расти. В январе—мае рост смертности составил 4,5%, в январе—июне — 7,7%, в январе—июле — уже 8,5%. Прирост числа умерших составил в мае 26,7%, в июне — 29,9%, в июле — 9,5% и в августе — 8,1%.

В отличие от РФ и ЦФО, в Москве за 4 мес года смертность уже возросла на 2%, в первую очередь за счет резкого прироста абсолютного числа умерших в апреле (к апрелю 2019 г.) сразу на 19,5%.

В январе—мае рост смертности составил 12,1%, в январе—июне — 17,5%, в январе—июле — 15,5%. Прирост абсолютного числа умерших в мае составил экстремальные 57,2%, в июне — 41,6%, в июле — 7,1%, в августе — 14,3%.

Таким образом, в январе—августе 2020 г. по отношению к аналогичному периоду 2019 г. в Российской Федерации общая смертность населения возросла на 6,5% и составила 13,2 на 1 тыс. населения, при этом рождаемость снизилась на 6,3% и составила 8,9 на 1 тыс. населения. За 8 мес умерло на 71,7 тыс. человек больше, а родилось на 56 тыс. меньше. Естественная убыль населения возросла с 2,2 до 3,6 (на 1 тыс. населения) и достигла 346,9 тыс.

В ЦФО за этот же период смертность возросла на 7,8% и составила 13,8 на 1 тыс. населения, а рождаемость снизилась на 5,9% и составила 9,6 на 1 тыс. населения. За 8 мес умерло на 29,2 тыс. человек больше, а родилось на 14,4 тыс. меньше. Естественная убыль населения возросла с 3,3 до 4,9 (на 1 тыс. населения) и достигла 129,7 тыс. человек.

В Москве за 8 мес смертность возросла на 15,6% и составила 11,1 (на 1 тыс. населения), а рождаемость снизилась на 14,4% и составила 9,5 (на 1 тыс. населения). За 8 мес умерло на 12,8 тыс. человек больше, а родилось на 12,9 тыс. меньше. Естественный прирост +1,5 на 1 тыс. населения (12 463) сменился его убылью: —1,6 (на 1 тыс. населения), которая составила 13 270 человек.

Если брать динамику изменений показателя смертности в течение 8 мес каждого рассматриваемого года, выявляется, что в период с января—февраля по январь—август общая смертность населения в 2019 г. снизилась в РФ на 8,1%, в ЦФО на 7,9%, в г. Москве на 9,4%. За аналогичный период 2020 г. смертность, напротив, возросла в РФ на 3,1%, в ЦФО на 4,5%, в г. Москве на 11%.

В таблице представлены данные о помесечном изменении числа умерших в федеральных округах, свидетельствующие об относительно благополучной ситуации по смертности во всех округах РФ в первом квартале 2020 г. и последующем распространении роста смертности от центра и северо-запада на юг и на восток страны с пиками в ЦФО и СЗФО в мае—июне, СКФО — в мае, июле и августе, в остальных федеральных округах — в июле 2020 г. За январь—август только в Дальневосточном федеральном округе (ДФО) зарегистрировано уменьшение числа умерших.

Прирост абсолютного числа умерших в Российской Федерации и ее федеральных округах в январе—августе 2020 г. по отношению к январю—августу 2019 г. (в %)

Месяц	РФ	ЦФО	СЗФО	ЮФО	СКФО	ПФО	УФО	СФО	ДФО
Январь	-4,9	-6,4	-4,1	-2,5	+3,3	-1,8	-9,9	-8,1	-5,2
Февраль	-3,6	-1,1	-2,6	+0,9	-8,3	-2,3	-7,5	-7,3	-13,0
Март	+0,5	+1,2	+2,2	-4,8	-9,6	+2,5	+3,7	+1,8	-0,2
Апрель	-1,9	+5,4	-2,1	-8,2	-4,5	-3,5	-4,1	-5,4	-5,4
Май	+11,9	+26,7	+20,1	+6,1	+26,7	+7,1	-4,8	-1,4	-1,7
Июнь	+18,6	+29,9	+28,4	-1,2	+11,5	+20,1	+15,9	+10,4	+7,7
Июль	+19,7	+9,5	+11,4	+17,9	+44,5	+32,1	+37,8	+14,5	+9,1
Август	+9,6	+8,1	+5,2	+8,9	+33,2	+11,7	+11,4	+7,9	+3,2
За январь—март	-2,7	-2,3	-1,6	-2,2	-5,1	-0,6	-5,0	-4,8	-6,1
За январь—август	+5,9	+8,7	+6,8	+1,9	+11,2	+8,0	+4,9	+1,2	-0,9

Примечание. СЗФО — Северо-Западный федеральный округ, ЮФО — Южный федеральный округ, СКФО — Северо-Кавказский федеральный округ, ПФО — Приволжский федеральный округ, УФО — Уральский федеральный округ, СФО — Сибирский федеральный округ.

Избыточная смертность, т. е. превышение числа умерших в определенный временной период 2020 г. по отношению к аналогичному периоду 2019 г., составила в абсолютных значениях: в РФ в мае—августе — 87 608 человек (в масштабах страны в апреле еще отмечалось снижение смертности и уменьшение числа умерших), в ЦФО уже в апреле—августе — 32 207 человек, в Москве в апреле—августе — 13 591 человек. В структуре избыточной смертности за апрель—август доля ЦФО составила 38,1%, г. Москвы — 16,1%, или 42,2% от ЦФО.

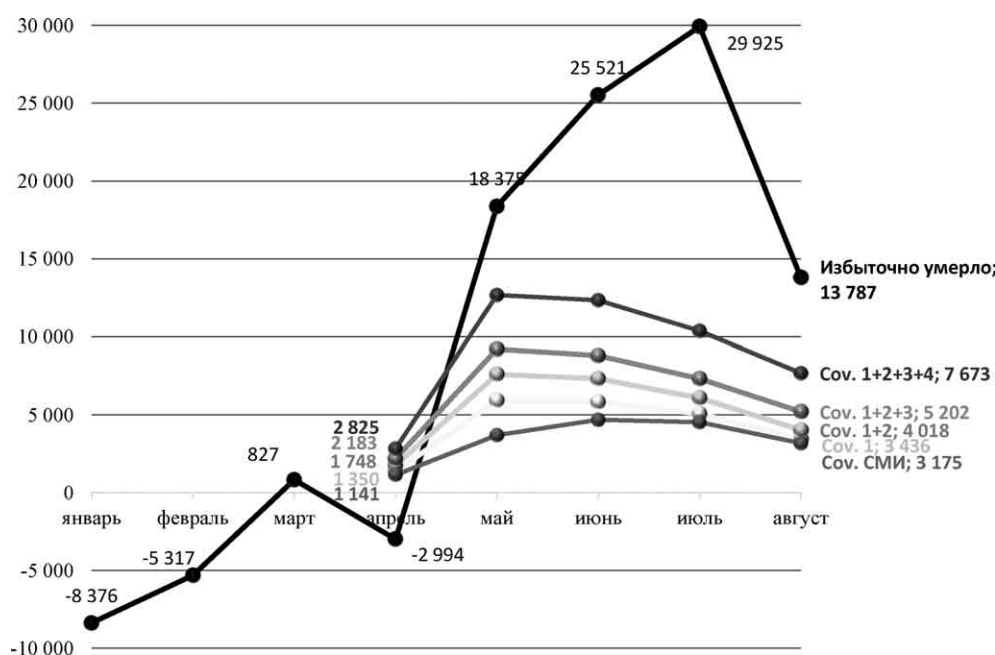
В конце 2019 г. в КНР зафиксирована новая коронавирусная инфекция, а в марте 2020 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) объявлена пандемия коронавируса COVID-19, распространяющегося в том числе на территории Российской Федерации и потенциально влияющего на уровень и структуру смертности населения в стране и ее субъектах.

В июне 2020 г. Росстат в формате статистического бюллетеня «Естественное движение населения Российской Федерации за 2020 год» начинает официальную публикацию «сведений о числе зарегистрированных умерших с установленным диагнозом коронавирусной инфекции» с апреля по данным Единого государственного регистра записи актов гражданского состояния (ЕГР ЗАГС).

В отдельной таблице этого сборника представлены четыре столбца абсолютных данных о числе умерших от COVID-19, обозначенных нами выше как Cov.1, Cov.2, Cov.3 и Cov.4.

По данным Росстата, за 5 мес (апрель—август) 2020 г. число умерших с диагнозом U07.1 и U07.2 в качестве основной причины смерти составило в РФ 21 600 и 5170 человек соответственно (суммарно 26 770), а их доля в общем числе умерших в стране за этот период составила 3,2% с пиками долей смертности в мае (4,4%) и июне (4,5%) и наименьшими значениями в апреле (1,2%) и августе (2,6%).

В ЦФО число умерших от COVID-19 U07.1 составило 9616, а от U07.2 — 3357 человек (суммарно



Число избыточно умерших в Российской Федерации в январе—августе 2020 г. (по отношению к 2019 г.) и число умерших с упоминанием COVID-19 в апреле—августе 2020 г.

12 973), а их доля в общем числе умерших за 5 мес — 5,5%, с пиковыми значениями в мае и июне (9,3 и 7,4% соответственно), а наименьшими — в апреле (2,9%) и августе (2,7%).

В Москве число умерших от COVID-19 U07.1 составило 5252, а от U07.2 — 1088 человек (суммарно 6340), а их доля в общем числе умерших за 5 мес — 10,2%, с пиковым значением 17,5% в мае 2020 г. и 12,2% в июне, а наименьшими — в апреле (6,8%) и августе (3,9%).

За период мая—августа общее число избыточных по отношению к 2019 г. случаев смерти составило в Российской Федерации 87 608, а в них доля смерти от COVID-19 (U07.1 и U07.2) — 28,6% (25 022 случая), причем в мае она составляла 41,4%, в июне — 28,7%, в июле — 20,3%, в августе — 29,1%.

В ЦФО в период апреля—августа число избыточных случаев смерти составило 32 207, а в них доля смерти от COVID-19 (U07.1 и U07.2) — 40,3% (12 973 случая), причем в апреле эта доля составляла 57,3%, в мае — 44,2%, в июне — 32,2%, в июле — 45,8%, в августе — 36,7%.

В Москве в период апреля—августа число избыточных случаев смерти составило 13 591, а доля в них смерти от COVID-19 (U07.1 и U07.2) — 46,6% (6340 случаев), причем в апреле эта доля составляла 41,6%, в мае — 48,2%, в июне — 41,6%, в августе — 31,5%.

От общего числа случаев смерти от COVID-19 как основной причины в апреле—августе на долю ЦФО приходится 48,5%, в том числе на долю г. Москвы — 23,7%, или 48,9% умерших от COVID-19 в ЦФО.

Всего с упоминанием COVID-19 в диагнозе умершего в апреле—августе 2020 г. в РФ зарегистрировано 45 873 случая смерти, в том числе доля Cov.1 со-

ставила 47,1% (21 600), доля Cov.2 — 11,3% (5170), Cov.3 — 13% (5949), Cov.4 — 28,7% (13 154). В структуре общей смертности доля Cov.1 составила 2,6%, доля Cov.2 — 0,6%, Cov.3 — 0,7%, Cov.4 — 1,6% (суммарно 5,6% от общего числа умерших).

В структуре избыточной смертности за май—август доля Cov.1 составила 23,1%, Cov.2 — 5,4%, Cov.3 — 6,3%, Cov.4 — 14,3% (суммарно 49,1% от общего числа избыточно умерших).

Графическое отображение числа умерших от различных подгрупп COVID-19 и объем избыточной смертности за январь—август 2020 г. представлены на рисунке.

Отдельной линией на рисунке выведены данные о статистике случаев смерти от COVID-19, ежедневно приводимые СМИ (телевидение, радио, интернет-ресурсы), со ссылкой на государственные источники (публичный сайт стопкоронавирус.рф).

Из обобщения этих данных следует, что за апрель—август от COVID-19 в стране умерли 17 275 человек. Код причины смерти в СМИ не уточняется, но, скорее всего, эти цифры относятся к умершим от COVID-19 U07.1 (основная причина смерти, вирус идентифицирован), поскольку только по этой подгруппе они относительно совпадают с данными Росстата.

Безусловно, подобная информация для СМИ формируется крайне оперативно, в основном по результатам «экспресс-анализа» за прошедшие к моменту предыдущей публикации сутки, и в последующем может уточняться, как это делает Росстат в течение 1—2 мес, используя информационный ресурс ЕГР ЗАГС. Возможно, из-за этого и возникают определенные расхождения, но по данным Росстата общее число умерших от COVID-19 U07.1 за апрель—август в целом на 25% больше, чем по данным, представленным в СМИ, в том числе в апреле на 18,3%, в мае — на 60,6%, в июне — на 24,4%, в июле — на 12%, в августе — на 8,2%.

Как видно из рисунка, если в расчеты включить число умерших не только от Cov.1, но добавить к ним случаи смерти, обусловленные Cov.2 и Cov.3, т. е. статистических подгрупп, которые как минимум «оказали существенное влияние на развитие смертельных осложнений», ситуация становится еще более тревожной: данные Росстата превышают базовые данные СМИ о смертности от COVID-19 уже на 89,4%, в том числе в апреле — на 91,3%, в

COVID-19

мае — на 149,6% (т. е. в 2,5 раза), в июне — на 88,0%, в июле — на 61,9%, в августе — на 63,8%.

Следует подчеркнуть, что при анализе представленной выше информации речь идет не о сравнении достоверности различных официальных источников, а скорее о полноте доступной информированности населения (все смотрят ТВ, но не все знают, что существует Росстат) о реально возможной угрозе здоровью и жизни людей.

Не следует забывать и о 13 154 умерших с формулировкой «COVID-19 не являлся основной причиной смерти и не оказал существенное влияние на развитие смертельных осложнений». Многие из этих лиц при самом факте наличия диагноза ковида умирали «в красной зоне» при явном недостатке социальной и моральной, а возможно, и необходимой медицинской помощи, поскольку все силы и ресурсы систем здравоохранения были сконцентрированы на COVID-19 как основной причине смерти.

Заключение

Приведенные данные о медико-демографическом движении населения России в 2020 г. свидетельствуют о резком нарастании смертности и обострении процесса депопуляции нации.

Рост смертности не получил до настоящего времени достаточного пояснения руководителей ни федерального, ни региональных уровней, ни специалистов медиков, демографов, социологов и др.

Географическая и временная составляющие распространения избыточной смертности населения страны подтверждают возникновение и определенное воздействие на эту смертность дополнительных внешних факторов.

Основной причиной медико-социальной и экономической регрессии Российской Федерации в 2020 г. считается влияние пандемии COVID-19, что, однако, не находит прямого статистического подтверждения о решающем влиянии новой коронавирусной инфекции на избыточную смертность населения России.

Число избыточно умерших в России в мае—августе 2020 г. в 4,3 раза превысило число умерших за этот период с диагнозом Cov.1, в 3,3 раза — от Cov.1 и Cov.2 в качестве основной причины смерти, в 2,7 раза — сумму умерших от Cov.1, Cov.2 и Cov.3 и почти в 2 раза (на 91%) — умерших с общим упоминанием в развернутом диагнозе смерти COVID-19. Пиковые значения этих различий отмечались в июле и составляли 5,9; 4,9; 4,1 и 2,9 раза соответственно.

Приведенные в результатах исследования расхождения данных из различных официальных источников в очередной раз поднимают вопрос о необходимости прозрачности информации и формировании единых методических подходов к расчету этих данных, в том числе и по смертности от COVID-19.

Вполне возможно, что при дальнейших углубленных исследованиях по представленной проблеме, особенно по изучению особенностей кодирования причин смерти в условиях новой коронавирусной инфекции, и число умерших и, соответственно, уровень смертности от COVID-19 могут претерпеть некоторые, а может быть, даже значительные изменения. Однако, с нашей точки зрения, полученные уже в настоящее время результаты свидетельствуют о наличии определенных проблем в существующей системе организации медицинской помощи населению, особенно в условиях угрозы быстро распространяющейся инфекции.

В целом накапливаемый опыт борьбы с COVID-19 в России свидетельствует о необходимости совершенствования системы здравоохранения, ее обеспечения, управления и планирования, широкого внедрения научно-организационных знаний, технологических решений, эпидемиологического мониторинга и прогнозирования.

Ресурсы национальной системы здравоохранения должны обоснованно формироваться, оптимально распределяться и рационально перераспределяться для решения как общих, так и отдельных, в том числе оперативных, задач, а оценка складывающейся ситуации должна быть единой, достоверной и объективной.

При всей сложности текущей эпидемиологической и экономической обстановки нельзя допускать резкого снижения качества организации и предоставления медицинской помощи и ограничения доступа населения к адекватным и жизненно необходимым медицинским услугам.

В последующих публикациях мы предполагаем представить результаты анализа особенностей смертности населения Российской Федерации в последней трети 2020 г. в условиях уже второй волны пандемии COVID-19.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральная служба государственной статистики. Естественное движение населения Российской Федерации за 2019 год (статистический бюллетень). М.: Росстат; 2020.
2. Федеральная служба государственной статистики. Естественное движение населения Российской Федерации за 2020 год (статистический бюллетень). М.: Росстат; 2020.

Поступила 12.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Federal State Statistics Service. Natural movement of the population of the Russian Federation for 2019 (statistical bulletin) [Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki. Yestestvennoye dvizheniye naseleniya Rossiyskoy Federatsii za 2019 god (statisticheskiy byulleten')]. Moscow: Rosstat; 2020 (in Russian).
2. Federal State Statistics Service. Natural population movement of the Russian Federation for 2020 (statistical bulletin) [Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki. Yestestvennoye dvizheniye naseleniya Rossiyskoy Federatsii za 2020 god (statisticheskiy byulleten')]. Moscow: Rosstat; 2020 (in Russian).

Mironava K.¹ Lipai T. P.²**THE COVID-19 IMPLICATIONS: THE ROLE OF STRESS AND STIGMATIZATION**¹LVR-Klinik Bedburg-Hau Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie I Stationsärztin, Bedburg-Hau, Deutschland;²Minsk City Institute for the Development of Education, Minsk, Republic of Belarus

At all levels of society, almost polarizing attitudes towards coronavirus are manifested, ranging from panic and empty store shelves to complete denying the existence of coronavirus problem. The wave of coronavirus parties and as well as demonstrations against restrictive measures related to infection swept the world. In addition, protests against arrivals from COVID risk areas are known. Stigma and fear can severely impede efforts to manage the spread of COVID outbreak. The predisposing factors in development of COVID stigma are lack of knowledge, rapid virus spreading, relatively higher mortality and absence of effective treatment. Meanwhile, at the level of society, particular processes are taking place, when not only infected ones, but also healthy members of society become subject to stigmatization, that can be determined as “probably” infected. The article supplements information to improve actual knowledge among specialists concerning various approaches and methods of preventing mental disorders due to stress epidemiological situation in the world.

Ключевые слова: COVID-19; panic; stress; fear; depression; mental health; stigma; stigmatization.

For citation: Mironava K., Lipai T. P. The COVID-19 implications: the role of stress and stigmatization. *Problemi socialnoi gigijeni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2021;29(2):194–196 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-194-196>

For correspondence: Mironava K., candidate of medical sciences, the psychiatrist of LVR-Klinik Bedburg-Hau Abteilung für Erwachsenenpsychiatrie I Stationsärztin. e-mail: kate_mironova@tut.by

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.07.2020

Accepted 29.10.2020

Introduction

At all levels of society, we see almost polarizing attitudes towards the virus, ranging from panic and emptying store shelves to completely denying the existence of the coronavirus problem. A wave of corona parties, as well as protest demonstrations against restrictive measures related to infection swept the world. In addition, protests against arrivals coming from a covid-risk area were known.

After previous epidemics, the “scars” of epidemics remain in the social memory in the form of such phraseological units as “plague-stricken”, “lepra-stricken”. The current COVID pandemic is likely to leave a similar mark [1; 2].

Stigma and fear can severely impede efforts to manage the spread of COVID outbreak.

The predisposing factors in the development of COVID stigma are lack of knowledge, rapid spread of the virus, relatively high mortality, and lack of effective treatment.

The main impetus of stigma is fear.

Materials and methods

Review and meta-analysis, articles that have focused on stress among the general population during the COVID-19 pandemic Results.

Results

If we consider COVID-19 as a stigmatizing factor, then initially the society made an attempt to delimit itself from everything related to the virus. Thus, attempts to associate the virus with a certain nation “Chinese virus”, or with a specific place “Wuhan”, where the virus was initially detected; also, the search for a “patient ze-

ro” and “super-spreader” theory. Of course, all these statements are a product of fear and an attempt to protect oneself from the outgoing threat.

In addition, hypotheses were considered that certain regions and nations are more predisposed to COVID-19, and, potentially, these nations have a genetic predisposition or greater sensitivity to the virus.

The consequences of the social stigma are fear, depression, anxiety, avoidance behavior (in the case with COVID-19, hiding the symptoms of the disease, refusing to be tested or taking prescribed therapy), anosognosia or denial of the disease, or aggression.

COVID-19 pandemic is having a significant impact on mental health.

Discussion

Stigma is an ancient Greek term that defines a sign or mark, carved or burnt on a human body, indicating a person’s moral defect, that he is a slave or a criminal. [3].

Gofman proposed to distinguish several types of stigma:

1) stigma associated with a physical defect, deformation;

2) stigma associated with an individual defect that occurs, for example, as a result of a mental illness, alcoholism, imprisonment, drug addiction, his low social status, in particular, associated with unemployment);

3) stigma associated with generic stigma (this is a defect determined by the belonging of an individual to a particular race, nationality or religion, and this applies to all members of each of these categories).

The process of stigmatization occurs when the society is divided into “we” and “they” (usually a minority

COVID-19

endowed with negative characteristics), and the bearers of the “label” are fundamentally different from us. Moreover, the ability to differentiate between “us” and “them” often stems from the nature of the “labels” themselves [4].

For the formation of a social stigma, it is first of all necessary to have a negative attitude of one social group (“we”) to another with the manifestation of condemnation and discrimination towards this group.

Referring to the evolutionary theory of stigma, the goal of social avoidance as a form of social behavior is to respond to an increased risk of being contaminated with the particular infection [5]. The most common signal for activating the disease prevention system can be obvious signs of illness (cough, fever, rash). Lack of recognition of symptoms from the evolutionary point of view can threaten the adaptation and survival of the species. With regards to COVID, when a person, lacking clinical symptoms of the disease, can spread the infection, the problem of detecting a signal arises. When the body is facing an assessment of the potential risks of the disease, it can make a mistake by sending a false alarm (a healthy person is mistakenly perceived as a sick person) or a false reject (a sick person is mistakenly perceived as healthy), which is reflected in the theory of error management [6].

In this situation, the boundaries between “we” and “they” are blurred, it becomes almost impossible to distinguish between the stigmatized and stigmatizing person, since each stigmatizing person has an equally high risk of getting sick. Meanwhile, at the level of society, particular processes are taking place, when not only infected, but also healthy members of society become subject to stigmatization, who can be determined as “probably” infected.

The theory of avoidance of diseases as a functional basis of stigmatization was offered, since stigma are characterized by social and physical avoidance of a person by other people, which eventually leads to various forms of isolation. Many forms of stigma are considered to reflect the activation of this disease prevention system, which tends to respond to visible signs and labels associated with disease, regardless of their accuracy [7].

Some authors consider the indirect influence of stigmatization on the healthy part of society (spillover effect), characterized by an increase in stress, depressive and mental disorders in the whole society [8; 9].

At all levels of society, we see almost polarizing attitudes towards the virus, ranging from panic and emptying store shelves to completely denying the existence of the coronavirus problem. A wave of corona parties, as well as protest demonstrations against restrictive measures related to infection swept the world. In addition, protests against arrivals coming from a covid-risk area were known.

As in many cases, the source of COVID-19 cannot be easily traced, and social stigma may arise toward people who have the most contact with patients [10].

Thus, nurses, doctors, and health care providers as a whole, may be perceived by other people as “unsafe” be-

cause of their job, and thereby become victims of avoidance behaviors [11].

If we refer to the history of epidemics, we can see that as the etiology of the disease becomes clearer, and effective treatment develop, the social stigma decline. This was the case with plague, cholera, and syphilis [12].

Some categories of health problem covered by the tool are broad-ranging, and within them, vulnerability may vary.

The pandemic has made demands for services, including medical services [13].

In modern civil society, the system of social protection of the population is not only an integral part of it, but is also designed to ensure long-term protection of the population and guarantee citizens the right to a certain level of material income in the event of temporary disability, disability, unemployment, as well as upon reaching retirement age. Today we can say that only the integration and coordination of efforts in the sphere of economic and social policy carried out in the country as a whole, and in its regions in particular, can form an effective system of social protection of the population [14].

Conclusion

Today, humanity continues to struggle with the new an unexpected threat — the coronavirus pandemic. Most the vulnerable and affected group of the population was the elderly. Among them, mortality in various countries reaches 20%. Concerning, strict quarantine measures were introduced for the elderly.

However, self-isolation for this contingent is associated with a change habitual way of life, increased anxiety, aggravation of feelings loneliness, etc. This period is especially difficult for the elderly with mental disorders, in particular with dementia.

COVID-19 not only “causes physical health concerns but also results in a number of psychological disorders. The spread of the new coronavirus can impact the mental health of people in different communities. Thus, it is essential to preserve the mental health of individuals and to develop psychological interventions that can improve the mental health of vulnerable groups during the COVID-19 pandemic” [9].

Optimizing the organizational model of a regular medical checkup are the following: permanent cooperation of a doctor (local general practitioner, GP, family doctor) and a health worker with a secondary medical education (to deal with organizational issues), etc. [15].

ЛИТЕРАТУРА

1. Waxler N. E., Mishler E. Learning to be a leper: a case study in the social construction of illness, Social contexts of health, illness and patient care. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. P. 169—92.
2. Crosby A. W. America's forgotten pandemic: the influenza of 1918, 2003. Cambridge Cambridge University Press. Режим доступа: <https://www.cambridge.org/core/books/americas-forgotten-pandemic/2743E3A649CCF1197CA35939F9A5F8A1> (дата обращения 12.12.2020).
3. Goffman I. Stigma: notes on the management of spoiled identity, NY: Simon and Shuster; 1963.

4. Link B., Phelan J. Conceptualizing stigma. *Ann. Rev. Sociol.* 2001;27:363—85. Major B., O'Brien L. T. The social psychology of stigma. *Ann. Rev. Psychol.* 2005;56:393—442. — два источника под одним номером!
5. Kurzban R., Leary M. R. Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychol. Bull.* 2001 Mar;127(2):187—208.
6. Haselton M. G., Buss D. M. Error management theory: a new perspective on biases in cross-sex mind reading. *J Pers Soc Psychol.* 2000;78(1):81—91.
7. Tognotti E. Lessons from the History of Quarantine, from Plague to Influenza A. *Emerg. Infect. Dis.* 2013 Feb;19(2):254—259.
8. The Impact of Covid-19 Experiences and Associated Stress on Anxiety, Depression, and Functional Impairment in American Adults. *Cogn. Ther. Res.* 2020;44:1043—51.
9. Salari N., Hosseini-Far A., Jalali R., et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health.* 2020;16:57. Режим доступа: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-020-00589-w#citeas>. (дата обращения 18.12.2020).
10. Galbraith N., Boyda D., McFeeters D., Hassan T. The mental health of doctors during the covid-19 pandemic. *Brit. J. Psychol. Bull.* 2020 Apr 28:1—4.
11. Cavalera C. COVID-19 Psychological Implications: The Role of Shame and Guilt. *Front Psychol.* 2020. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.571828/full>. (accessed 19.12.2020).
12. Lipai T. P. The COVID-19 pandemic: depression, anxiety, stigma and impact on mental health. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny.* 2020;28(5):922—7.
13. Ананченкова П. И., Камынина Н. Н. Социально экономические аспекты развития экспорта медицинских услуг. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2020;28(2):184—9.
14. Волкова О. А., Гребенникова Ю. А. Система социальной защиты населения региона на основе межсекторного социального партнерства: модели взаимодействия. *Вестник Кемеровского государственного университета.* 2015;2—2(62):12—7.
15. Волкова О. А., Смирнова Е. В. Пути совершенствования организации диспансерного наблюдения в столичном здравоохранении. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2020;28(5 Прил. 2):1094—100.
- patient care. Cambridge: Cambridge University Press; 1992. P. 169—92.
2. Crosby A. W. America's forgotten pandemic: the influenza of 1918, 2003. Cambridge Cambridge University Press. Available at: <https://www.cambridge.org/core/books/americas-forgotten-pandemic/2743E3A649CCF1197CA35939F9A5F8A1> (accessed 12.12.2020).
3. Goffman I. Stigma: notes on the management of spoiled identity, NY: Simon and Shuster; 1963.
4. Link B., Phelan J. Conceptualizing stigma. *Ann. Rev. Sociol.* 2001;27:363—85. Major B., O'Brien L. T. The social psychology of stigma. *Ann. Rev. Psychol.* 2005;56:393—442. — два источника под одним номером!
5. Kurzban R., Leary M. R. Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychol. Bull.* 2001 Mar;127(2):187—208.
6. Haselton M. G., Buss D. M. Error management theory: a new perspective on biases in cross-sex mind reading. *J Pers Soc Psychol.* 2000;78(1):81—91.
7. Tognotti E. Lessons from the History of Quarantine, from Plague to Influenza A. *Emerg. Infect. Dis.* 2013 Feb;19(2):254—259.
8. The Impact of Covid-19 Experiences and Associated Stress on Anxiety, Depression, and Functional Impairment in American Adults. *Cogn. Ther. Res.* 2020;44:1043—51.
9. Salari N., Hosseini-Far A., Jalali R., et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health.* 2020;16:57. Available at: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-020-00589-w#citeas>. (accessed 18.12.2020).
10. Galbraith N., Boyda D., McFeeters D., Hassan T. The mental health of doctors during the covid-19 pandemic. *Brit. J. Psychol. Bull.* 2020 Apr 28:1—4.
11. Cavalera C. COVID-19 Psychological Implications: The Role of Shame and Guilt. *Front Psychol.* 2020. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.571828/full>. (accessed 19.12.2020).
12. Lipai T. P. The COVID-19 pandemic: depression, anxiety, stigma and impact on mental health. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny.* 2020;28(5):922—7 (in Russian).
13. Ananchenkova P. I., Kamynina N. N. Social'no-jekonomicheskie aspekty razvitija jeksporta medicinskih uslug. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny.* 2020;28(2):184—9 (in Russian).
14. Volkova O. A., Grebennikova Ju. A. Sistema social'noj zashhity naselenija regiona na osnove mezhsektornogo social'nogo partnerstva: modeli vzaimodejstvija. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvenno-gosudarstvennogo universiteta.* 2015;2—2(62):12—7 (in Russian).
15. Volkova O. A., Smirnova E. V. Puti sovershenstvovaniya organizacii dispansernogo nabljudeniya v stolichnom zdravooohranenii. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny.* 2020;28(5 Suppl. 2):1094—100 (in Russian).

Поступила 12.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Waxler N. E., Mishler E. Learning to be a leper: a case study in the social construction of illness, Social contexts of health, illness and

COVID-19

© Лукьянец А. С., Брагин А. Д., 2021

УДК 614.2

Лукьянец А. С., Брагин А. Д.

ВЛИЯНИЕ ПРИРОДНО-КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, 119333, г. Москва

Рассмотрено влияние природно-климатических факторов на состояние здоровья населения. Согласно экспертным оценкам, природно-климатические факторы являются причиной плохого самочувствия значительной доли россиян. Цель исследования — определить, насколько сильно и каким образом климат воздействует на состояние здоровья граждан. Проанализированы различные природно-климатические факторы в контексте их дифференциации по регионам и степени воздействия на организм человека. Определено, что природно-климатические факторы являются причиной развития хронических заболеваний в России. На основании сравнительного анализа данных относительно характера приобретенных заболеваний и уровня миграции сделан вывод о том, что хронические заболевания населения могут способствовать процессу «климатической миграции».

Ключевые слова: климат; экология; влажность; здоровье населения; заболеваемость; климатическая миграция; Россия.

Для цитирования: Лукьянец А. С., Брагин А. Д. Влияние природно-климатических факторов на уровень заболеваемости населения России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):197—202. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-197-202>

Для корреспонденции: Лукьянец Артем Сергеевич, канд. экон. наук, руководитель лаборатории международных демографических исследований Института демографических исследований ФНИСЦ РАН, e-mail: artem_ispr@mail.ru

Lukyanets A.S., Bragin A.D.

THE IMPACT OF NATURAL CLIMATIC FACTORS ON LEVEL OF POPULATION MORBIDITY IN RUSSIA

Institute for Demographic Research FCTAS RAS (IDR FCTAS RAS), 119333, Moscow, Russia

The article considers the influence of natural and climatic factors on population health. According to expert judgments, natural and climatic factors are among causes of unwell feeling of significant part of Russians. The purpose of the study is to determine in what limits and in what way the climate affects citizen health. The various natural and climatic factors were analyzed in the context of their differentiation by regions and the level of impact on human organism. It is determined that natural and climatic factors cause the development of chronic diseases in Russia. On the basis of data comparative analysis concerning nature of acquired diseases and migration level it is concluded that chronic diseases of population can contribute into process of “climate migration”.

Keywords: climate; ecology; humidity; population health; morbidity; climate migration; Russia.

For citation: Lukyanetz A. S., Bragin A. D. The impact of natural climatic factors on level of population morbidity in Russia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):197—202 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-197-202>

For correspondence: Lukyanetz A. S., candidate of economical sciences, the Head of the Laboratory of International Demographic Studies of the Institute for Demographic Research — Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences. e-mail: artem_ispr@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 23.07.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

За последнее столетие температура на планете претерпела серьезные изменения. Ожидается, что в XXI в. температурный режим увеличится в диапазоне 2—5 °C [1]. Процесс изменения климата стал неотъемлемой частью современного мира. Несмотря на то что научное сообщество еще до конца не определилось относительно причин столь резких перемен, эффекты от изменения климата заметны уже сейчас и проявляются в увеличении объема таких парниковых газов, как углекислый газ (CO₂), закись азота (NO₂), метан (CH₄) и др. Данный процесс напрямую влияет не только на природно-климатические факторы, но и на экологическую составляющую, которая воздействует на здоровье людей [2].

Изменение климата создает значительные риски для здоровья человека, воздействуя на качество воз-

духа и питьевой воды, доступность продуктов питания, уровень влажности, обилие осадков и повышение температуры. Поскольку человеческий организм является восприимчивым ко многим внешним факторам, по мере прогрессирования изменения климата исследователи ожидают увеличения числа связанных с этим проблем со здоровьем. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), определенные последствия изменения климата в период 2030—2050 гг. будут способствовать увеличению числа смертей примерно на 250 тыс. в год [3]. Более того, процесс влияния климатических факторов на состояние здоровья способствует так называемой «климатической миграции», поскольку несовместимость организма человека с природными условиями или наличие хронического заболевания вынуждают людей переезжать в другие регионы. К примеру, согласно многочисленным исследовани-

ям, в Дальневосточном федеральном округе наблюдается четкая зависимость между климато-погодными условиями и заболеваниями органов кровообращения и дыхания, что способствует процессу миграции населения в другие регионы [4, 5].

В данном контексте встает вопрос о роли системы здравоохранения в процессе влияния природно-климатических факторов. Очевидно, что сфера здравоохранения является наиболее важной для функционирования любого общества. Как правило, уровень развития здравоохранения отражает общую динамику развития социально-экономической сферы государства. Общество научилось бороться со многими болезнями, что стало результирующим фактором увеличения продолжительности жизни. Тем не менее существует не контролируемый человеком процесс воздействия природы на организм. Как бы хорошо ни была развита сфера здравоохранения в стране, климатические факторы представляют особую угрозу для многих граждан, находящихся в «группах риска». Данные факторы объясняют актуальность исследуемой темы.

Согласно ежегодному рейтингу «Climate Change Performance Index», составленному организациями, занимающимися проблемами изменения климата — Germanwatch, NewClimate Institute и Climate Action Network, Россия заняла в 2020 г. 52-е место из 61 по уровню воздействия изменений климата [6]. Более того, действия государства по предотвращению надвигающихся угроз отмечены как «недостаточные» и требующие корректировки.

Целью данного исследования является анализ текущего воздействия природно-климатических факторов на состояние здоровья населения на примере Российской Федерации. Нас интересует взаимосвязь между определенными природно-климатическими факторами и уровнем заболеваемости граждан. Еще на рубеже XX в. при относительно невысоких темпах изменения климата только резкие перепады температур в России стали причиной ежегодной смерти от 4 до 29 тыс. человек [7]. Сегодня, учитывая ухудшающуюся климатическую динамику, данный вопрос является чрезвычайно актуальным при прогнозировании ожидаемой продолжительности жизни в регионах и в целом по стране. Более того, выделение четкой взаимосвязи между климатом и здоровьем поможет в дальнейшем минимизировать уровень преждевременной смертности населения, вызванной данными явлениями.

Особенности влияния климата на здоровье

Когда мы говорим про природно-климатические факторы, то подразумеваем процесс изменения климата с последующим эффектом для окружающей среды и для человека. К природно-климатическим явлениям относится ряд взаимосвязанных событий. Это простые проявления в виде увеличения среднегодовой температуры и уровня влажности,

таяния ледников и выбросов CO₂, а также производные данных явлений в виде природных катаклизмов: засух, наводнений, землетрясений [2]. «Влияние изменений климата на здоровье выходит далеко за пределы очевидного прямого воздействия во время стихийных бедствий. Повышение температуры приводит к расширению ареалов переносчиков инфекционных болезней человека» [8, с. 26]. К основной группе риска относятся дети, пожилые граждане, люди с хроническими заболеваниями, а также проживающие в менее экономически развитых регионах.

Очевидно, что климат оказывает воздействие на организм и здоровье человека, равно как и другие природные факторы. Тем не менее механизм воздействия климата сильно отличается от остальных природных явлений. Так, стихийные бедствия и природные катаклизмы могут привести к травмам и смерти, нанести ущерб социальной инфраструктуре, что приведет к долгосрочным негативным последствиям для психического здоровья и материального благополучия. Данные факторы являются непосредственной угрозой для жизни человека и затрагивают его психоэмоциональное состояние. Экстремальные погодные условия в виде высокой температуры и влажности, а также повышенное загрязнение окружающей среды токсинами вызывают комплексные проблемы со здоровьем, проявляющиеся в виде хронических заболеваний [9].

Ниже представлен рисунок, характеризующий взаимосвязь между наиболее часто встречаемыми природно-климатическими факторами и состоянием здоровья людей.

Рисунок показывает, что сердечно-сосудистые заболевания и заболевания органов дыхания являются следствием каждого из рассмотренных климатических факторов, поэтому при дальнейшем анализе мы будем использовать два данных заболевания. Более того, обильная влажность и высокие температуры могут стать причиной психических расстройств. Из-за увеличения CO₂ получили распространение астма и аллергия.



Процесс влияния климатических факторов на здоровье человека.

Заболевания представлены по убыванию частоты проявления. Составлено авторами на основании данных 2016 г. [10].

Таблица 1

Дифференциация заболеваемости органов дыхания и системы кровообращения в РФ* (на 1 тыс. населения)

Территория	2014 г.		2015 г.		2016 г.		2017 г.		2018 г.	
	Болезни									
	органов дыхания	системы кровообращения	органов дыхания	системы кровообращения	органов дыхания	системы кровообращения	органов дыхания	системы кровообращения	органов дыхания	системы кровообращения
Российская Федерация	333,4	28,8	337,9	31,2	351,6	31,7	353,5	32,1	359,8	32,6
Центральный федеральный округ	324,9	23,7	321,9	25,9	335,5	25,1	332,9	25,6	339,2	24,8
Северо-Западный федеральный округ	385,3	23,2	405,8	28,7	447,0	28,4	448,6	28,9	457,5	27,8
Южный федеральный округ	280,9	31,5	279,8	33,7	289,3	41,9	288,5	40,8	292,1	45,2
Северо-Кавказский федеральный округ	243,1	32,1	248,3	33,3	247,5	30,1	250,9	28,1	250,5	27,2
Приволжский федеральный округ	371,7	33,0	377,6	37,4	383,8	36,4	385,4	37,8	394,7	39,2
Уральский федеральный округ	352,9	26,1	359,2	26,8	373,7	28,3	377,3	29,3	391,1	29,9
Сибирский федеральный округ	324,3	36,6	336,3	36,4	352,5	37,4	362,4	37,8	362,7	38,2
Дальневосточный федеральный округ	340,6	23,7	339,6	23,9	355,2	24,9	365,8	25,1	373,6	25,9

Примечание. *Зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни. Составлено авторами по данным: Федеральная служба государственной статистики [16].

В целом можно выделить три вектора воздействия климата на здоровье человека:

- прямое воздействие, вызванное экстремальными погодными явлениями и являющееся причиной резкой смертности, роста травматизма и увеличения хронических заболеваний;
- косвенное воздействие — в результате процесса изменения экологии и окружающей среды; оно влияет на уровень смертности и заболеваемости путем распространения инфекций комарами и клещами, а также из-за увеличения числа заболеваний, передающихся через воду;
- косвенное воздействие, вызванное изменениями в социальных системах, — проявляется в недоедании, психических расстройствах и может быть вызвано увеличенной аномальностью погоды [8].

Среди всех воздействий нас интересует именно прямое, так как масштаб его влияния наибольший. Последующим эффектом данного типа воздействия может стать «климатическая миграция» из-за появления хронических заболеваний, поскольку вызванные им болезни не поддаются ремиссии без смены климатической зоны [11].

Климатические риски и здоровье россиян

Российская Федерация подвержена многим формам климатических рисков, которые в той или иной степени воздействуют на здоровье населения [12]. Влияние погоды и климата на здоровье россиян является значительным и разнообразным ввиду наличия множества климатических зон. Несмотря на то что имеющиеся риски часто оценивают индивидуально, подверженность многочисленным природно-климатическим угрозам может происходить и одновременно, что приводит к комплексным или каскадным воздействиям на здоровье. Таким образом, изменение климата влияет на здоровье россиян двумя основными способами: изменяя тяжесть или частоту проблем со здоровьем, на которые уже влияют климатические или погодные факторы, и создавая беспрецедентные или неподвижные проблемы и

угрозы здоровью в местах, где они ранее не возникали [13].

Если говорить о прямом воздействии природно-климатических факторов на состояние здоровья населения России, то среди наиболее опасных явлений можно выделить высокую температуру и влажность [14]. Жаркая погода является причиной увеличения числа смертей, заболеваний системы кровообращения и органов дыхания. Данные явления характерны для южных регионов России, а также для Сибири и некоторых регионов Центральной России, где чередуются температурные волны жары и холода, что производит более сильный эффект на организм человека [8]. Избыточная влажность влияет в равной степени на сердечно-сосудистую систему и на органы дыхания. Среди наиболее встречаемых заболеваний — сердечный приступ и туберкулез [15]. В Российской Федерации избыточная влажность наблюдается в большинстве субъектов. Так, в Северо-Западном федеральном округе данное явление происходит ввиду продолжительных обильных осадков, а на Дальнем Востоке влияние оказывают муссонные ветры [4].

Роль природно-климатических факторов является существенной при анализе уровня заболеваемости населения. Более того, некоторые субъекты сильнее подвержены проявлению определенных климатических рисков, следовательно, характер заболеваемости должен равнозначно изменяться [10]. В связи с этим для определения взаимосвязи между природно-климатическими факторами и формой болезни необходимо проанализировать заболеваемость выбранных категорий в контексте их дифференциации по регионам России и рассмотреть их в динамике. В табл. 1 отражена динамика заболеваемости россиян болезнями органов дыхания и системы кровообращения в каждом из федеральных округов. Для получения актуальных данных в качестве временного периода выбраны 2014—2018 гг.

Руководствуясь полученными данными, можно сделать вывод, что динамика заболеваемости выбранных категорий болезней имеет тенденцию к

увеличению в целом по стране и отдельно по федеральным округам. Практически во всех субъектах наилучшие показатели были в 2014 г., а наиболее сложным по количеству заболевших оказался 2018 г., что говорит об увеличении воздействия природно-климатических факторов на состояние здоровья россиян.

По заболеваниям органов дыхания лидирует Северо-Западный федеральный округ. Только в 3 из 8 субъектов отмечен уровень заболеваемости ниже среднего по стране (Центральный, Южный, Северо-Кавказский федеральные округа). Наименьшие показатели зафиксированы в Северо-Кавказском федеральном округе.

Уровень сердечно-сосудистых заболеваний был намного ниже, чем заболеваний органов дыхания, тем не менее полученные цифры свидетельствуют об ухудшающейся динамике. Лидером по числу заболеваний является Южный федеральный округ, где в период 2014—2018 гг. уровень заболеваемости увеличился с 31,5 до 45,2 на 1 тыс. населения. Приволжский и Сибирский федеральные округа также имеют существенные показатели. Можно выделить Северо-Кавказский федеральный округ, где с 2015 г. наблюдается снижение заболеваемости до показателя ниже среднего по стране.

В целом мы наблюдаем взаимосвязь между природно-климатическими факторами и уровнем заболеваемости. Наибольший показатель сердечно-сосудистых заболеваний зафиксирован в Приволжском и Сибирском федеральных округах, где оказывают влияние температурные волны. Южный и Северо-Кавказский федеральные округа, где преобладают избыточные температуры, также имеют высокий уровень заболеваний системы кровообращения, среди болезней органов дыхания лидирует Северо-Западный, где наблюдается повышенная влажность. Таким образом, можно заявить, что природно-климатические факторы имеют прямое воздействие на здоровье россиян в большинстве субъектов.

Неизбежность климатической миграции

Природно-климатические риски производят эффект, который не ограничивается лишь прямым воздействием на здоровье людей. Поскольку природно-климатические явления невозможно контролировать, в определенных случаях человек не может адаптироваться к существующим реалиям, что способствует процессу климатической миграции. В таких условиях именно миграция населения становится одной из главных стратегий адаптации к неблагоприятным природно-климатическим условиям окружающей среды [17]. Только в 2019 г. число россиян, вынужденно сменивших место жительства из-за экстремальных природных явлений, составило около 12 тыс. [18]. Согласно теоретической основе данного исследования, если природно-климатические факторы имеют прямое воздействие на здоровье человека и вызывают хронические болезни, то они также могут стать причиной климатической миграции [1, 5, 19].

Таблица 2

Коэффициенты миграционного прироста (на 10 тыс. населения)

Территория	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Российская Федерация	19	17	18	14	9
Центральный федеральный округ	56	57	45	51	47
Северо-Западный федеральный округ	41	16	41	55	36
Южный федеральный округ	34	51	48	27	30
Северо-Кавказский федеральный округ	-21	-26	-21	-26	-26
Приволжский федеральный округ	-2	-8	-5	-12	-22
Уральский федеральный округ	7	3	12	0,3	-5
Сибирский федеральный округ	-0,03	-1	-2	-11	-17
Дальневосточный федеральный округ	-39	-40	-33	-35	-40

Примечание. Составлено авторами по данным Федеральной службы государственной статистики [16].

Для проверки данной теории необходимо провести сравнительный анализ собранных данных относительно дифференциации субъектов по уровню заболеваемости населения и динамикой миграционной убыли. Данные табл. 2 характеризуют величину миграционного прироста в каждом из федеральных округов за 2014—2018 гг.

В целом коэффициент миграционного прироста в Российской Федерации имеет отрицательную динамику за рассмотренный период. Ни в одном из 8 субъектов не наблюдается рост данного показателя. Лишь в 3 из 8 субъектов показатели имеют положительный коэффициент за весь период. Самый большой отток населения наблюдается в Дальневосточном федеральном округе, где коэффициент миграционного прироста составил от -33 в 2016 г. до -40 в 2015 и 2018 гг. Северо-Кавказский, Приволжский и Сибирский федеральные округа также имеют только отрицательные показатели с максимальными значениями в 2018 г.

Если сравнить показатели миграционного прироста с уровнем заболеваемости за 2014—2018 гг., можно выделить общую динамику снижения миграционного прироста и увеличения заболеваемости выбранными категориями болезней. Особенно ярко данная динамика заметна на примере Северо-Кавказского, Приволжского, Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов. Показатели говорят о том, что из перечисленных субъектов стало уезжать больше людей, в то время как уровень заболеваемости увеличился. Мы не можем утверждать, что причиной снижения миграционного прироста стало именно воздействие природно-климатических факторов на состояние здоровья населения. Тем не менее, согласно имеющейся теоретической основе, вероятность данного исхода высока [20].

Заключение

Глобальное изменение климата стало постоянным процессом с нарастающей динамикой. Если на рубеже XX в. люди мало интересовались проблемами, связанными с грядущими изменениями, то сейчас данный вопрос имеет особое значение. Природ-

COVID-19

но-климатические факторы все больше влияют на мировое сообщество. Вместе с разрушающим воздействием на экономику государств и угрозой социальной инфраструктуре климатические риски представляют серьезную опасность для здоровья людей [21].

В ходе исследования определено, что Российская Федерация подвержена влиянию многих природно-климатических факторов, которые агрессивно воздействуют на здоровье населения. Выделена четкая взаимосвязь между выбранными климатическими рисками (повышенная влажность и температура) и уровнем заболеваемости (болезни органов дыхания и сердечно-сосудистой системы). Данный процесс имеет заметную дифференциацию по федеральным округам. В рамках данной работы нами проверена теория о влиянии природно-климатических факторов на климатическую миграцию путем воздействия на здоровье населения. Полученные результаты свидетельствуют о вероятности данного процесса.

Для дальнейшей минимизации воздействия природно-климатических факторов на здоровье населения России необходимо заняться укреплением региональных систем здравоохранения, подготовкой и оснащением медицинских работников, а также повышением уровня готовности реагировать на чрезвычайные ситуации и бедствия. Мы должны рассматривать здоровье населения целостно, внедряя решения, охватывающие все общество, чтобы укрепить здоровье граждан и помочь им стать более устойчивыми к меняющемуся климату.

Высокий уровень подверженности и уязвимости России к изменению климата и уровень системы здравоохранения делают изучение воздействия изменения климата на здоровье населения очень актуальным. В связи с этим необходимо осуществлять программы, стратегии и инициативы, направленные на смягчение последствий изменения климата и адаптацию к нему в стране. Условия изменения климата для здоровья населения России определяются экологическими переменными регионов, а также социально-экономическими аспектами территорий [22]. Благодаря развитию здравоохранения должны быть определены пути для процесса становления социальной ответственности, который определяет меры по адаптации населения к последствиям изменения климата и скрытым рискам для здоровья человека.

Для этого следует консолидировать географические информационные системы, позволяющие контролировать и усиливать эпидемиологический надзор, связанный с климатическими сезонами в разных регионах России, поскольку в зависимости от регионов климатические условия существенно различаются. Информация, собранная этими системами, может облегчить процесс прогнозирования сценариев и принятия решений для секторов здравоохранения. Кроме того, предлагается выявить уровень знаний и восприятия населения относительно причин и последствий изменения климата. Это помо-

жет понять, насколько население информировано о природно-климатических рисках, и разработать стратегию вовлечения населения в борьбу с изменением климата и заботу о своем здоровье.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № РНФ № 18-78-10149).

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Edenhofer O., Pichs-Madruga R., Sokona Y., Farahani E., Kadner S., Seyboth K., Adler A., Baum I., Brunner S., Eickemeier P., Kriemann J. S., Schlömer S., Stechow von C., Zwickel T., Minx J. C. (eds). *Climate Change 2014, Mitigation of Climate Change Contribution of Working Group III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge; 2014.
2. Pelling M. *Adaptation to climate change: From resilience to transformation*. Routledge Taylor and Francis Group. London — New York; 2011.
3. WHO. *Quantitative risk assessment of the effects of climate change on selected causes of death, 2030s and 2050s*. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. Григорьева Е. А. Климатическая дискомфортность Дальнего Востока России и заболеваемость населения. *Региональные проблемы*. 2018;21(2):105—12.
5. Bunker A., Wildenhain J., Vandenbergh A. Effects of air temperature on climate-sensitive mortality and morbidity outcomes in the elderly; a systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence. *EbionMedicine*. 2016;6:258—68.
6. *Climate change performance index*. Russian Federation, 2020. Режим доступа: <https://www.climate-change-performance-index.org/country/russian-federation> (дата обращения 05.01.2021).
7. Ревич Б. А., Шапошников Д. А. Высокие температуры воздуха в городах — реальная угроза здоровью населения. В кн.: *Изменение климата и здоровье России в XXI веке*. М.: Издательское товарищество «АдамантЪ»; 2004.
8. Доклад о климатических рисках на территории Российской Федерации. СПб.; 2017. 106 с.
9. Soldevila N. B., Vinyoles E. B., Agudo J. U., Camps L. V. Air pollution, cardiovascular risk and hypertension. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2018;35(4):177—84.
10. Crimmins A., Balbus J., Gamble J. L., Beard C. B., Bell J. E., Dodgen D., Eisen R. J., Fann N., Hawkins M. D., Herring S. C., Jantarasami L., Mills D. M., Saha S., Sarofim M. C., Trtanj J., Ziska L. *Impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment*. eds. U. S. Global Change Research Program, Washington, DC; 2016. 312 p.
11. Guinsburg A. M., Usvyat L. A., Etter M., Xu X., Thijssen S., Marcelli D. Seasonal variations in mortality and clinical indicators in international hemodialysis populations from the MONDO registry. *BMC Nephrol*. 2015;16:139.
12. Harmeling S., Chamling S., Singh T., Anderson, T. Loss and damage: climate reality in the 21st century. 2015. Режим доступа: <https://careclimatechange.org/wp-content/uploads/2019/06/Loss-and-damage-climate-reality-in-the-21st-century-1.pdf>
13. Влияние глобальных климатических изменений на здоровье населения российской Арктики. М.: Представительство ООН в Российской Федерации; 2008. 28 с.
14. Доклад об особенностях климата на территории Российской Федерации за 2018 год. М.; 2019. 79 с.
15. Тогбоев К. Т. Прогностическое значение климато-метеорологических факторов в развитии неотложных терапевтических состояний. *Биология и интегративная медицина*. 2017;(1):158—67.
16. Федеральная служба государственной статистики. Регионы России. Социально-экономические показатели — 2019 г. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/bgd/regl/b19_14p/Main.htm (дата обращения 03.01.2021).
17. Lukyanets A., Ryazantsev S., Moiseeva E., Manshin R. The economic and social consequences of environmental migration in the central Asian countries. *Central Asia and the Caucasus*. 2020;21(2):142—56. doi: 10.37178/ca-c.20.2.13
18. Internal displacement monitoring center. Russia, 2020. Режим доступа: <https://www.internal-displacement.org/countries/Russia> (дата обращения 02.01.2021).
19. McLeman R. *Climate and Human Migration: Past Experiences, Future Challenges*. Cambridge: Cambridge University Press; 2013.

20. Roberts E., van der Geest K., Warner K., Andrei S. Loss and damage: when adaptation is not enough. *Environmental Development*. 2014;11:219–27. doi: 10.1016/j.envdev.2014.05.001
21. Акимов В. А., Владимиров В. А., Измалков В. И. Катастрофы и безопасность. М.: Деловой экспресс; 2006.
22. Порфирьев Б. Н. Экономика климатических изменений. М.: Анкил; 2009.

Поступила 23.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Edenhofer O., Pichs-Madruga R., Sokona Y., Farahani E., Kadner S., Seyboth K., Adler A., Baum I., Brunner S., Eickemeier P., Kriemann J. S., Schlömer S., Stechow von C., Zwickel T., Minx J. C. (eds). *Climate Change 2014, Mitigation of Climate Change Contribution of Working Group III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge; 2014.
2. Pelling M. *Adaptation to climate change: From resilience to transformation*. Routledge Taylor and Francis Group. London — New York; 2011.
3. WHO. *Quantitative risk assessment of the effects of climate change on selected causes of death, 2030s and 2050s*. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. Grigorieva E. A. Climatic discomfort and morbidity at the Russian Far East. *Regional'nye problemy*. 2018;21(2):105–12 (in Russian).
5. Bunker A., Wildenhain J., Vandenberg A. Effects of air temperature on climatesensitive mortality and morbidity outcomes in the elderly; a systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence. *EbioMedicine*; 2016;(6):258–68.
6. Climate change performance index. Russian Federation, 2020. Available at: <https://www.climate-change-performance-index.org/country/russian-federation> (accessed 05.01.2021).
7. Revich B. A., Shaposhnikov D. A. High air temperatures in cities — a real threat to public health. In: *Climate change and Russia's health in the XXI century [Izmenenie klimata i zdorov'e Rossii v XXI veke]*. Moscow: Adamant; 2004 (in Russian).
8. Report on climate risks in the territory of the Russian Federation [Doklad o klimaticheskikh riskah na territorii Rossijskoj Federacii]. St. Petersburg; 2017. 106 p. (in Russian).
9. Soldevila N. B., Vinyoles E. B., Agudo J. U., Camps L. V. Air pollution, cardiovascular risk and hypertension. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2018;35(4):177–84.
10. Crimmins A., Balbus J., Gamble J. L., Beard C. B., Bell J. E., Dodgen D., Eisen R. J., Fann N., Hawkins M. D., Herring S. C., Jantarasami L., Mills D. M., Saha S., Sarofim M. C., Trtanj J., Ziska L. Impacts of Climate Change on Human Health in the United States: A Scientific Assessment. eds. U. S. Global Change Research Program, Washington, DC; 2016. 312 p.
11. Guinsburg A. M., Usvyat L. A., Etter M., Xu X., Thijssen S., Marcelli D. Seasonal variations in mortality and clinical indicators in international hemodialysis populations from the MONDO registry. *BMC Nephrol*. 2015;16:139.
12. Harmeling S., Chamling S., Singh T., Anderson, T. Loss and damage: climate reality in the 21st century. 2015. Available at: <https://careclimatechange.org/wp-content/uploads/2019/06/Loss-and-damage-climate-reality-in-the-21st-century-1.pdf>
13. The impact of global climate change on the health of the population of the Russian Arctic [Vliyanie global'nyh klimaticheskikh izmenenij na zdorov'e naseleniya rossijskoj Arktiki]. Moscow: UN Office in the Russian Federation; 2008. 28 p. (in Russian).
14. Report on the peculiarities of the climate in the territory of the Russian Federation for 2018 [Doklad ob osobennostyah klimata na territorii Rossijskoj Federacii za 2018 god]. Moscow; 2019. 79 p. (in Russian).
15. Togboev K. T. The predictive value of climatic and meteorological factors in the development of urgent therapeutic conditions. *Biologiya i integrativnaya medicina*. 2017;(1):158–67 (in Russian).
16. Federal State Statistics Service. Regions of Russia. Socio-economic indicators — 2019 [Federal'naya sluzhba gosudarstvennoj statistiki. Regiony Rossii. Social'no-ekonomicheskie pokazateli — 2019 g.]. Available at: https://rosstat.gov.ru/bgd/regl/b19_14p/Main.htm (accessed 03.01.2021) (in Russian).
17. Lukyanets A., Ryazantsev S., Moiseeva E., Manshin R. The economic and social consequences of environmental migration in the central Asian countries. *Central Asia and the Caucasus*. 2020;21(2):142–56. doi: 10.37178/ca-c.20.2.13
18. Internal displacement monitoring center. Russia, 2020. Available at: <https://www.internal-displacement.org/countries/Russia> (accessed 02.01.2021).
19. McLeman R. *Climate and Human Migration: Past Experiences, Future Challenges*. Cambridge: Cambridge University Press; 2013.
20. Roberts E., van der Geest K., Warner K., Andrei S. Loss and damage: when adaptation is not enough. *Environmental Development*. 2014;11:219–27. doi: 10.1016/j.envdev.2014.05.001
21. Akimov V. A., Vladimirov V. A., Izmalkov V. I. Disasters and safety [Katastrofy i bezopasnost']. Moscow: Delovoj ekspress; 2006 (in Russian).
22. Porfiriev B. N. Economics of climate change [Ekonomika klimaticheskikh izmenenij]. Moscow: Ankil; 2009 (in Russian).

COVID-19

© Ананченкова П. И., 2021

УДК 614.2

Ананченкова П. И.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА

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

Пандемия COVID-19 существенным образом повлияла на туристический бизнес в глобальном масштабе. Медицинский туризм всегда считался наиболее стабильным и менее всего подверженным влияниям внешних обстоятельств, однако распространение коронавирусной инфекции сократило и число прибытий, и объем медицинских услуг, предоставляемых в рамках экспорта медицинских услуг. В статье представлены данные, отражающие влияние пандемии COVID-19 на развитие рынка медицинского туризма.

К л ю ч е в ы е с л о в а : туризм; пандемия; COVID-19; экспорт медицинских услуг; медицинский туризм.

Для цитирования: Ананченкова П. И. Влияние пандемии COVID-19 на развитие медицинского туризма. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):203—205. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-203-205>

Для корреспонденции: Ананченкова Полина Игоревна, канд. экон. наук, канд. социол. наук., доцент, старший научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: ananchenkova@yandex.ru

Ananchenkova P. I.

THE IMPACT OF COVID-19 PANDEMIC ON MEDICAL TOURISM DEVELOPMENT

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

The COVID-19 pandemic impacted tourist business on global scale dramatically. The medical tourism always was considered as the most stable and the least subjected to external circumstances. However, spreading of coronavirus infection shortened both number of arrivals and volume of medical services provided within the framework of their export. The article presents data reflecting COVID-19 pandemic impact on development of medical tourism market.

К е у о р д с : tourism; pandemic; COVID-19; medical services export; medical tourism.

For citation: Ananchenkova P. I. The impact of COVID-19 pandemic on medical tourism development. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsini*. 2021;29(2):203—205 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-203-205>

For correspondence: Ananchenkova P. I., candidate of economic sciences, candidate of sociological sciences, associate professor, senior researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: ananchenkova@yandex.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.09.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Медицинский туризм определяется как процесс преднамеренного выезда за пределы страны (региона) проживания с целью получения медицинской помощи. Рынок медицинского туризма является относительно стабильным, не демонстрирующим серьезный ежегодный рост. В 2010-е годы оборот экспорта медицинских услуг оценивался примерно в 60 млрд долларов, при этом большая доля приходилась на прибытия в страны Азии. К 2020 г. специалисты оценивали его объем на 20% выше с сохранением тех же географических тенденций.

Пандемия COVID-19 существенным образом повлияла на туристический бизнес в глобальном масштабе. Не осталось ни одного сегмента мирового туристического рынка, где не сократились основные показатели его функционирования. Несмотря на то что медицинский туризм всегда считался наиболее стабильным и менее всего подверженным влияниям внешних обстоятельств, распространение коронавирусной инфекции сократило и число прибытий, и объем медицинских услуг, предоставляемых в рамках экспорта медицинских услуг.

Материалы и методы

В связи с отсутствием официальных статистических данных и масштабных социологических и маркетинговых исследований, отражающих состояние экспорта медицинских услуг в период пандемии (2020), сбор аналитики затруднителен. В настоящей работе методом контент-анализа исследован массив публикаций, посвященных влиянию распространения коронавирусной инфекции на рынок медицинского туризма. Методом вторичного анализа произведена обработка данных исследования, проведенного Международным журналом медицинских путешествий (IMT) в партнерстве с Международной сетью медицинского туризма (HTW) среди 70 респондентов — экспертов отрасли медицинского туризма.

Результаты и обсуждение

Пандемия коронавирусной болезни вызвала, наряду с изменением других аспектов жизнедеятельности граждан, массовые сокращения путешествий. Туристическая отрасль является важной частью мировой экономики. В 2019 г. туристический рынок сгенерировал 1,5 млрд международных туристиче-

ских прибытий, что делает отрасль третьей по величине экспортной категорией в мире. Международный туризм вносит огромный вклад в мировой экспорт, составляя 7% мирового экспорта в целом и 29% от мирового экспорта услуг [3].

Вспышки инфекционных заболеваний, включая коронавирус, в значительной степени ставят под угрозу туристическую индустрию, учитывая ее зависимость от мобильности людей — как субъективной (зависящей от персональных возможностей человека), так и объективной (складывающейся на основе государственной политики, визовых формальностей, правового регулирования и иных внешних факторов). Туризм особенно восприимчив к мерам по противодействию пандемиям из-за ограниченной мобильности и социального дистанцирования. Для потребителей услуг медицинского туризма эти факторы имеют еще большее значение.

С момента объявления Всемирной организацией здравоохранения о начале пандемии спрос на услуги медицинского туризма сократился. При отсутствии официальной статистики подтверждением этому служит аналитика поисковых сетей.

В частности, аналитика Google предусматривает технологию мониторинга популярности запросов пользователей сети за определенный период по соответствующим ключевым словам и словосочетаниям — тегам. Запросы по тегу «медицинский туризм» неуклонно росли с 2004 г. Google Trends использует число от 1 до 100, чтобы отразить интерес поиска относительно самого высокого уровня за определенный период. Значение 100 представляет собой пик популярности тега. Значение 50 означает, что этот термин в два раза менее популярен. Пятилетний пик запросов на медицинский туризм в 100 единиц был достигнут в феврале 2018 г. В октябре 2020 г. он сократился до рекордного показателя 37 единиц.

64% участников опроса IMTJ и NTW отметили повышенное беспокойство относительно влияния пандемии COVID-19 на их деятельность, связанную с предоставлением медицинских и лечебно-оздоровительных услуг. Из них 27% считают, что она претерпевает ограничения в части экспорта медицинских услуг.

Все опрошенные, представляющие медицинские организации, отмечают падение числа международных прибытий; 67% респондентов утверждают, что число их международных пациентов сократилось более чем на 50%. Оценивая по пятибалльной шкале степень воздействия коронавируса на организационные и экономические показатели, респонденты указали, что влияние COVID-19 на количество пациентов находится на уровне 4,3 балла из 5, финансовое влияние, включая воздействие на бизнес-операции, ликвидность и капитальные ресурсы, — 4,1 балла из 5.

Большинство медицинских учреждений встали перед необходимостью оперативного пересмотра собственной бизнес-модели и радикальной трансформации текущей деятельности с целью ее адаптации к происходящим санитарно-эпидемиологическим процессам и явлениям.

16% респондентов в качестве основной реакции на распространение инфекции назвали прекращение предоставления услуг медицинским туристам на определенный период времени с расчетом на то, что по окончании острого периода обслуживание зарубежных пациентов будет возобновлено. 20% продолжили работать, но со значительно сокращенными объемами услуг и неопределенным планом обеспечения непрерывности бизнеса. Менее 50% участников опроса заявили о наличии четкого плана обеспечения непрерывности бизнеса, который, по их мнению, позволит им выжить в период и после распространения COVID-19.

На момент проведения исследования (июль 2020 г.) 43% респондентов не внесли никаких изменений в процедуры использования трудовых ресурсов, 25% отметили сокращение рабочего времени и 30% вынуждены были прибегнуть к процедуре увольнения сотрудников.

Прогнозируя перспективы зависимости сектора медицинских путешествий от COVID-19, большинство (41%) респондентов указывают на продолжительность воздействия от 6 до 12 мес, 31% менее оптимистичны в своих прогнозах и считают, что негативное влияние от пандемии сфера медицинского туризма будет испытывать более года.

Эксперты, участвовавшие в исследовании, отметили перспективу изменения поведенческих аспектов международных медицинских прибытий. По их мнению, в перспективе медицинские туристы увеличат время между решением забронировать поездку и фактической датой поездки, будут выбирать направления (страны, регионы); которые справились с COVID-19 лучше, чем другие; спрос возрастет на услуги авторитетных и известных медицинских учреждений — операторов рынка медицинского туризма.

Заключение

COVID-19 оказал сокрушительное воздействие на глобальный рынок туризма. В сегменте медицинского туризма, объединяющего здравоохранение и путешествия, влияние пандемии связано с более серьезными ограничительными мерами и невозможностью диверсификации потребительского спроса. Для крупных операторов (медицинских организаций и лечебно-оздоровительных центров) стабильными остаются возможность предоставления услуг на внутреннем рынке и переориентация в сторону отечественного потребителя. Тем игрокам, чья деятельность концентрировалась вокруг зарубежных прибытий, придется существенно пересматривать бизнес-модель и стратегию обеспечения конкурентоспособности. В фазе постпандемического восстановления рынка медицинского туризма экономическое выживание наиболее устойчивых, эффективных и авторитетных участников будет позитивной тенденцией в долгосрочной перспективе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абубакиров А. С., Амонова Д. С., Ананченкова П. И., Зудин А. Б., Снегирева Ю. Ю. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования. Москва — Берлин: Директ-Медиа; 2019. 168 с.
2. Ананченкова П. И., Камынина Н. Н. Социально-экономические аспекты развития экспорта медицинских услуг. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(2):184—9.
3. Всемирная туристская организация ООН. Режим доступа: <https://www.e-unwto.org>
4. Uğur N., Akbiyik A. Impacts of COVID-19 on global tourism industry: A cross-regional comparison. *Tour. Manag. Perspect.* 2020 Oct;36:100744. doi: 10.1016/j.tmp.2020.100744

Поступила 12.09.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Abubakirov A. S., Amonova D. S., Ananchenkova P. I., Zudin A. B., Snegireva Yu. Yu. Medical assistance in the compulsory health insurance system [*Medicinskaya pomoshch' v sisteme obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya*]. Moscow — Berlin: Direkt-Media; 2019. 168 p. (in Russian).
2. Ananchenkova P. I., Kamynina N. N. The social economic aspects of development of medical services export. *Problemy social'noj gigeny, zdravooхранeniya i istorii mediciny*. 2020;28(2):184—9 (in Russian).
3. *Vsemirnaya turistskaya organizaciya OON*. Available at: <https://www.e-unwto.org>
4. Uğur N., Akbiyik A. Impacts of COVID-19 on global tourism industry: A cross-regional comparison. *Tour. Manag. Perspect.* 2020 Oct;36:100744. doi: 10.1016/j.tmp.2020.100744

© Коллектив авторов, 2021

УДК 614.2

Захарова Е. Н.¹, Гисина О. Г.², Кальницкая О. В.³

ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА

¹ФГБОУ ВО «Адыгейский государственный университет», 385000, г. Майкоп;²Новороссийский филиал АНО ВО «Московский гуманитарно-экономический университет», 353915, г. Новороссийск;³Новороссийский филиал ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 353900, г. Новороссийск

Статья определяет, что рынок медицинского туризма в последние несколько лет претерпевает изменения. Особенно это касается региональной экономики и ее аспектов в области туризма. Сделан важный вывод о том, что первоочередным фактором в развитии медицинского туризма на сегодняшний день является ряд кризисных моментов в предоставлении услуг лечебно-оздоровительного туризма в регионах России и в столичном регионе, связанных с пандемией и ее последствиями. В статье рассмотрен комплекс факторов, связанных именно с эпидемиологическим кризисом и его последствиями, в том числе экономическими и социальными факторами, связанными со здоровьесберегающими технологиями медицинской туристической индустрии. Современное состояние туристической отрасли как отрасли российской экономики показывает, что она одна из первых попала под удар пандемии. В статье указано, что в связи с возникающими проблемными тенденциями в период эпидемий и их последствий меняются возможности предоставления услуг медицинского туризма и их концентрация в стране, стоимость и условия, что, несомненно, влияет на экономическую составляющую и аспекты экологии здоровья. Сделан вывод о том, что среди основных условий адаптации медицинской туристической индустрии к новым экономическим условиям должны быть действительно многоаспектные и структурированные направления и инструменты, при помощи которых можно искать выход из сложных ситуаций, когда продажи медицинских услуг упали до нуля и компании вынуждены работать над решением возникающих проблем и строить планы оперативного выхода из сложившегося кризиса.

Ключевые слова: медицинский туризм; медицинский туризм; эпидемиологический кризис; пандемия; региональный медицинский туризм; COVID-19.

Для цитирования: Захарова Е. Н., Гисина О. Г., Кальницкая О. В. Тенденции и перспективы развития медицинского туризма. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):206–212. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-206-212>

Для корреспонденции: Кальницкая Ольга Валентиновна, канд. экон. наук, доцент кафедры экономики, финансов и менеджмента Новороссийского филиала ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве РФ», e-mail: oval132010@yandex.ru

Zakharova E. N.¹, Gisina O. G.², Kalnitskaya O. V.³

THE TRENDS AND PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT OF MEDICAL TOURISM

¹Adyg State University, 385000, Maikop, Russia;²Moscow Humanitarian-Economic University – Novorossiysk branch, 353915, Novorossiysk, Russia;³Financial University under the Government of the Russian Federation – Novorossiysk branch, 353900, Novorossiysk, Russia

The article demonstrates that over the past few years medical tourism market goes through significant changes. This especially relates to regional economy and its aspects in the field of tourism. The article presents an important conclusion that nowadays the top-priority factor in the development of medical tourism is a number of crisis points in provision of health tourism services both in the regions of Russia and in the capital region that are related to pandemic and its consequences. The article considers complex of factors related just to epidemiological crisis and its consequences? including economic and social factors related to health-preserving technologies of medical tourism industry. The actual condition of tourism industry, as a branch of the Russian economy, demonstrates that it was among the first ones hit by the pandemic. The article emphasizes that due to emerging problematic trends during epidemics and their aftermaths the possibilities of providing medical tourism services and their concentration in the country, costs and conditions are changing that undoubtedly impact the economic component and health ecology aspects. The conclusion is made that among main conditions of adjustment of medical tourism industry to the new economic conditions are to be truly multidimensional and structured directions and tools that can be applied to look for way out of difficult situations when sales of medical services have fallen to zero, and companies are forced to work out on solutions emerging problems and to make plans of operational way out of existing crisis.

Keywords: medical tourism; medical tourism business; epidemiological crisis; pandemic; regional medical tourism; COVID-19.

For citation: Zaharova E. N., Gisina O. G., Kalnitskaya O. V. The trends and perspectives of development of medical tourism. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;29(2):206–212 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-206-212>

For correspondence: Kalnitskaya O. V., candidate of economic sciences, associate professor of the Chair of Economics, Finances and Management of the Novorossiysk Branch of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of The Russian Federation”. e-mail: oval132010@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 06.08.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Медицинский туризм предполагает посещение другой страны с целью получения оздоровительных

услуг. Количество туристов, посещающих Россию с целью оздоровительного туризма, за последние 2 года увеличилось практически в 2 раза.

COVID-19

В ходе проведенного Федеральным агентством РФ по туризму в августе 2020 г. круглого стола «О туризме после пандемии COVID-19» было отмечено, что анализ текущего положения дел в сфере мирового медицинского туризма позволил условно выделить четыре этапа развития отрасли в условиях пандемии:

- «страх и паника» (когда никто не знает, чем обернется эпидемия, чего ждать);
- «полная темнота» (поиски решений);
- «колебание пламени свечи» (намек на выход);
- «свет в конце тоннеля» (еще не выход, но уже прямой путь к нему) [1].

Основными условиями адаптации медицинской туристической индустрии к новым экономическим условиям являются действительно многоаспектные и структурированные направления и инструменты, при помощи которых можно искать выход в сложных ситуациях, когда продажи медицинских услуг упали до нуля и компании вынуждены работать над решением возникающих проблем, строить планы оперативного выхода из сложившегося кризиса. Из-за неясности, как будет «угасать» заболеваемость, правительства пострадавших от коронавируса стран мира не могут сообщить четких дат снятия ограничений, поэтому у медицинского туристического бизнеса пока нет возможности рационально спланировать свою дальнейшую деятельность.

Опыт предоставления услуг в лечебно-оздоровительной сфере в России достаточно обширен. Только в 2020 г. продолжалось строительство таких важных объектов санаторно-курортной отрасли, как лечебные комплексы в городах Краснодар, Ставрополь, в Оренбургской области.

Первоочередными в перечне перспективных инвестиционных проектов являются четыре туристических медицинских проекта в регионе Северного Кавказа, один такой объект строится в Бурятии, и есть еще 56 проектных объектов медицинского туризма в разных регионах РФ.

В Национальном туристическом союзе поддерживают начинания, связанные с частным инвестированием в объекты санаторно-курортной сферы и медицинского туризма, и готовы к оказанию активного содействия инвестиционным представителям — лицам, которые крайне заинтересованы вложить капитал в развитие медицинской туристической отрасли, и представителям самих средств размещения санаторно-курортной сферы, реализующих совместные проекты [2, 3].

Современное состояние туристической отрасли как отрасли в системе российской экономики показывает, что она одной из первых попала под удар пандемии. Речь идет в том числе об ударе в плане финансовом: из-за распространения COVID-19 во всем мире были прерваны или отменены все туры, в том числе имеющие медицинский характер.

Важно отметить, что Краснодарский край как важнейший регион оздоровительного и медицинского туризма России в 2019 г. посетили 17 млн туристов. Чаще всего люди приезжали в Сочи, Гелен-

джик, Анапу, Краснодар и Туапсинский район. В нынешнем сезоне представители курортной отрасли столкнулись с серьезными убытками (около 11—12 млрд руб.). Путешественники, которым удалось приехать в только открытые санатории, остаются довольными, несмотря на серьезные ограничения, связанные с эпидемией коронавируса [4—6].

Многие россияне устали от карантинных мер, поэтому используют предоставляемую возможность для отдыха, получения позитивных эмоций и стараются понимать установленные ограничения. Люди, заинтересованные в поездках в санатории, которые еще не работают, звонят и уточняют вопросы открытия границ. Отельные вынуждены переносить путевки на позднюю дату или держат деньги на депозите. Новые заказы на бронирование еще не оформляются. Россияне довольны возможностью отдыха, несмотря на ограничения, и настроены на позитивный отпуск.

С такими трудностями столкнулись туристические компании, в том числе в сфере предоставления услуг оздоровительного и медицинского туризма.

В России есть ряд важных законов, регулирующих деятельность туристической отрасли [7—10] в аспекте предоставления услуг медицинского туризма. 1 января 2019 г. был дан старт Национальному проекту «Здравоохранение», рассчитанному на 5 лет. Одной из его важнейших задач являются также направления развития экспортных процессов в аспекте медицинских услуг.

Указом Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 отмечено, что ежегодно растет объем экспортных направлений медицинских услуг и к 2024 г. процесс охватит 1,2 млн иностранных пациентов примерно на 1 млрд долларов США [11, 12].

В мае 2019 г. начал работу Национальный совет медицинского туризма. Совет объединяет участников рынка медицинского туризма и развивает его на трех уровнях:

- федеральном;
- уровне министерств здравоохранения и управлений по туризму регионов;
- уровне медицинских организаций.

Также он поддерживает и помогает медицинским организациям разной формы собственности. Вступить в Совет могут любые медицинские организации, которые планируют работать с иностранными пациентами.

Совет уже составил два видеокурса («30 каналов привлечения иностранных пациентов» и «Работа с агентствами медицинского туризма от А до Я»). Раз в 1—2 нед Совет выпускает дополнительные курсы. Осенью 2020 г. планируется запустить курс совместно с Росздравнадзором по системе менеджмента качества. Также планируется курс совместно со страховыми компаниями по страхованию профессиональной ответственности медицинских организаций [4].

Национальный совет медицинского туризма провел интервью с руководителями ведущих цен-

тров РФ, уже развивающих направление въездного и внутреннего медицинского туризма.

В результате был сформирован список нозологий, востребованных среди пациентов в медицинских организациях столицы и регионов России:

- Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ, ЭКО)
- Пластическая хирургия.
- Травматология/ортопедия.
- Кардиохирургия.
- Онкология.
- Офтальмология.
- МРТ, КТ, ПЭТ-КТ-диагностика [13].

В Указе Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [11] отмечено, что в вышеуказанный период планируется не только развивать строительство отечественных санаторно-курортных объектов и объектов, предоставляющих услуги медицинского туризма, но и увеличить количество экспортных операций в предоставлении медицинских услуг более чем в 4 раза по сравнению с периодом 2017—2019 гг.

В международном рейтинге развития медицинского туризма и предоставления услуг медицинского характера Российская Федерация занимает только 34-е место из 41. Этот рейтинговый список основан на соблюдении определенного уровня таких характеристик медицинской услуги, как уровень компетентности медицинских работников, соответствие медицинским стандартам, состояние общего психологического климата в медицинских учреждениях. Несмотря на невысокие показатели в рейтинге, появление РФ в международном индексе уже является прорывом, ведь ранее наша страна там вовсе не значилась. Рост показателей расценивается некоторыми экспертами как результат эффективной политики, проводимой в области популяризации отечественного здравоохранения за рубежом. Посещение России нашими «соседями» не вызывает особого удивления, однако участились случаи появления иностранных туристов из европейских стран и США. Лечение в РФ обходится иностранцам в 2—3 раза дешевле, чем дома, а иногда и в несколько десятков раз, что с лихвой покрывает расходы на перелет и проживание [14].

Медицинский туризм в РФ — в столичном регионе и регионах страны — может развиваться поступательно и соперничать с иными странами только при наличии высоких показателей по четырем основным направлениям:

- эксклюзивные медицинские услуги или врачи редкой специализации;
- высокий уровень сервиса;
- отсутствие барьеров к эмиграции на законодательном уровне;
- низкие цены [15].

Если рассмотреть предоставление медицинских услуг внутреннего потока в туристической отрасли регионов, то, например, в Краснодарском крае оздо-

ровительный и лечебный туризм составляет 35% всего туристического сектора края, т. е. такой вид туризма стоит на первом месте в исследуемом регионе.

Наиболее значительно число объектов, предоставляющих медицинские услуги, в Сочи, на втором месте — Геленджик, на третьем — Анапа.

Стоит оговориться, что, скорее всего, статистические данные приведены именно по оздоровительному туризму, т. е. учтены не только санатории, но и просто пляжный туризм. Нас же интересуют еще и данные именно по лечебному туризму на основе использования природных ресурсов индивидуально и в стационарных клиниках.

Ограничения, связанные с эпидемиологическим кризисом, существенным образом повлияли на темпы роста не только экономики региона в целом, но и различных аспектов туризма. Самым оперативным индикатором последствий пандемии для туризма и экономики региона являются поступления налогов от хозяйствующих субъектов, в том числе туристических, а также предпринимателей, работающих в этой сфере.

Окончательные результаты будут подведены позже, к осени, но уже сейчас с учетом льгот и расщечек, которые предоставлены туристическому бизнесу, видно, что по итогам года по поступлениям в консолидированный бюджет Краснодарского края будет наблюдаться снижение в размере около 30 млрд руб. от первоначального плана.

Например, продолжают действовать ужесточенные требования к эпидемиологическим нормам в санаторном, курортном, медицинском комплексах, как основном звене, предоставляющем медицинские услуги, т. е. хозяйствующим субъектам, предоставляющим услуги медицинского туризма,— заполняемость не более 50% [5].

Тем не менее очередной серьезный шаг по снижению ограничений дает дополнительный импульс и надежду туристическому бизнесу на то, что в ближайшее время работа будет возобновлена в режиме, который действовал до карантинных мер, и объем медицинских услуг в туристическом секторе только в санаторном и курортном разрезе увеличится предположительно на 18% к концу сезона [15].

Вместе с тем любой кризис — это еще и возможность для дальнейшего развития. Те меры, которые администрация Краснодарского края предприняла для поддержки бизнес-сообщества на уровне региона в дополнение к федеральным, дадут возможность хозяйствующим субъектам в сфере медицинского туризма более оперативно вернуться к траектории роста. К концу 2021 г. краевой департамент туризма планирует вернуться по объему валового регионального продукта (ВРП) на уровень 2019 г., когда он превысил 2,6 трлн руб., и обеспечить прирост [4, 6, 12].

Материалы и методы

Материалами исследования явились данные официальных источников медицинских структур,

COVID-19

туристических организаций, Федерального комитета по туризму, Национального совета по медицинскому туризму РФ, региональных туристических структур, связанных с деятельностью в сфере медицинского туризма в Краснодарском крае.

Методы исследования — статистический, экономического анализа, нормативно-целевой, системно-аналитический, предметный, структурный.

Среди методик исследования основными были методики статистического анализа, анкетирования, опроса методом сплошной выборки среди лиц, пользующихся услугами медицинского туризма на региональном уровне России.

Исследованы влияние кризисов прошлых лет, эффективность и своевременность мер поддержки туристического бизнеса в аспекте медицинского туризма и предоставление медицинских услуг в текущих условиях, а также планы по дальнейшему стратегическому развитию Краснодарского края как важнейшего региона РФ в среднесрочной перспективе.

В исследовании использовались статистические данные Росстата, официальных докладов по социально-экономическому развитию, данные мониторинга COVID-19.

Результаты исследования

В последние годы Краснодарский край развивался динамично с точки зрения прироста экономики, и есть надежда, что именно туристическая отрасль и ее флагман — лечебный, оздоровительный и медицинский туризм как основной в сфере предоставления медицинских услуг — оправятся от последствий пандемии быстрее, чем в среднем по России. Во многом это будет зависеть от дальнейшего развития санитарно-эпидемиологической обстановки.

На текущее состояние экономики края как важнейшего региона для туристической отрасли и медицинского туризма пандемия повлияла негативно: туристические предприятия не работали, с учетом ограничений были разорваны и какие-то договорные отношения, и производственные цепочки. Но с такой ситуацией столкнулась в целом вся Россия, весь мир. Если сравнивать с другими регионами по объемам налоговых поступлений, по состоянию экономики край находится на средних позициях, как мы отметили выше [6, 16].

Экономика края продолжает работать, в регионе есть запас прочности, есть отрасли, которые понесли менее существенный ущерб; в промышленном секторе, например, предприятия прерывали какие-то виды деятельности, но не на длительный период. Некоторые успешно перепрофилировались. Так, значительно увеличилось объемы производства средств индивидуальной защиты, дезинфектантов.

С учетом снижения деловой активности, спроса на продукцию и услуги, ограничений на перевозку грузов пандемия отразилась в целом на всех отраслях экономики. Основные пострадавшие в регионе — санаторно-курортная отрасль, потребительский сектор (общественное питание, торговля не-

продовольственными товарами и пассажирские перевозки).

Последствия пандемии — это серьезное испытание для нашей экономики с точки зрения ограничений, касающихся туризма: Краснодарский край оказался под большим ударом, чем некоторые другие регионы. Объем услуг в санаторно-курортном комплексе по состоянию на 1 июня снизился на 50%. Объекты туризма фактически работали только в январе — марте, в апреле — мае объем равнялся практически нулю. Выпадающие доходы в этом секторе составляют порядка 11 млрд руб.

Если говорить о прямой уплате налогов, то на санаторно-курортную отрасль приходится меньше 5% в общем объеме налоговых поступлений в бюджет региона. Но здесь нужно смотреть шире: с санаторно-курортным сектором взаимосвязаны и сельское хозяйство, и потребительский рынок, обеспечивающие отдыхающих питанием, розничная торговля. Ведь туристы, которые приезжают на курорты края, оставляют здесь свои денежные средства, давая тем самым развиваться потребительскому сектору, т. е. мультипликативный эффект гораздо шире. Таким образом, все доходы, которые обеспечивает развитие санаторно-курортного комплекса и сопутствующих отраслей, составляют порядка 20% от общей доли налоговых поступлений [4, 17, 18].

При этом Краснодарский край был одним из первых и немногих субъектов России, где дополнительно к федеральному перечню пострадавших отраслей утвердили свой региональный перечень. Прежде всего это были отсрочки по налогам, в том числе для предприятий туристической отрасли, предоставляющих медицинские услуги. В конце мая в регионе было принято решение не просто отсрочить уплату налогов, а снизить в 2 раза налоговую ставку по отдельным видам, в частности для туристических предприятий, работающих по упрощенной системе налогообложения.

Только по отсрочке налоговых платежей общая сумма предоставленных преференций в регионе составила 6,8 млрд руб. Объем прямых льгот, предоставленных туристическим предприятиям, в том числе предоставляющим услуги медицинского характера, на данный момент составляет 5 млрд руб. [4].

По мнению экспертов, перспектив у туристической отрасли после пандемии пока очень мало. Что касается туристического сезона, то в России еще не утверждены конкретный график запуска внутреннего, въездного и выездного туризма, но федеральные власти все чаще начинают высказываться на эту тему.

Так, 25 мая на заседании президиума Координационного совета при Правительстве РФ по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции на территории РФ Председатель Правительства РФ Михаил Мишустин анонсировал постепенное снятие ограничений для российского туризма с 1 июня. В первую очередь послабления коснулись санаториев с медицинской лицензией, которые уже

смогли возобновить свою работу с начала лета 2020 г. [12].

Туристическим организациям, предоставляющим услуги медицинского характера, сложнее работать сейчас, в свете новых санитарно-эпидемиологических требований в части организации отдыха и лечения. Так, санаторию нужно примерно 100 тыс. руб. в день только на маски и 1,5 млн руб. на тесты в месяц для персонала. Таких бюджетов нет у российских санаториев и отелей, поэтому все ждут послаблений со стороны Роспотребнадзора [4, 19].

Что касается стоимости туристических путевок, предполагающих и лечение, прежде всего санаторно-курортное, то предполагается их рост.

Новые санитарные требования в России и других странах однозначно повышают операционные расходы туристических компаний, предоставляющих услуги оздоровления и медицинского характера. С другой стороны, эти же компании остро нуждаются хоть в каком-то денежном потоке. Соответственно, можно ожидать даже каких-либо скидок. Решения работать пока не в убыток, но и без прибыли будут принимать руководители на уровне своих предприятий.

Данные краевого управления статистики Краснодарского края по корректировке целей медицинского туризма в связи с выходом из кризиса, связанного с пандемией, показали, что приоритетной целью медицинского туризма в крае до эпидемиологического кризиса были прогрессивные технологии (по сравнению с другими регионами). Затем на первый план выходит просто поиск наименее дорогих медицинских услуг, поскольку среднестатистический турист после карантина нуждается просто в отдыхе с минимальным набором лечения и в недорогих процедурах, что напрямую связано со снижением покупательской способности туриста и сокращением перечня услуг объектами хозяйствования, предоставляющими услуги медицинского туризма.

Ряд негативных последствий в результате вынужденных простоев, связанных с пандемией, ощущают на себе все представители медицинской туристической индустрии, но тенденция постепенного снижения в Российской Федерации уровня заболеваемости COVID-19 дает надежду на то, что уже скоро ряд ограничительных мер будет снят и туристическая отрасль, в том числе медицинский туризм, сможет активно восстанавливать свою деятельность.

Первый этап предполагает развивать внутренний медицинский туризм, учитывая при этом улучшение эпидемиологической обстановки в конкретных регионах.

Так, Краснодарский край — основной курортный и оздоровительно-лечебный регион России — за 3 мес вынужденного простоя из-за пандемии недополучил до 20% доходов бюджета от туристической и смежных с ней сфер.

Власти Кубани уверены, что благодаря развитию внутреннего туризма курорты смогут если не заработать, то наверстать потери. В целом экономика

региона, благодаря накопленному запасу прочности и государственной поддержке, достойно выдержала ситуацию с коронавирусом и вернется к докризисным показателям уже через год, по словам специалистов Краевого статистического управления [5]. При этом, несмотря на потери доходов регионального бюджета, власти Кубани ставят задачу не сокращать расходы на социальную сферу, а также туристическую сферу, в том числе медицинский туризм.

Снятие режима карантина не говорит о том, что туристическая отрасль и медицинский туризм полностью вернулись к той жизни, которая была до пандемии. Карантин отменен, но регион живет в режиме «повышенной готовности», который также предусматривает действие ограничений для некоторых сфер деятельности.

Заключение

Сегодня медицинский туризм, в первую очередь региональный, интересен как направление внутреннего туризма. По разным оценкам, объем внутреннего туристического потока на начало августа 2020 г. составляло до 8—9 млн человек. Кроме того, в период пандемических послаблений люди едут лечиться и обследоваться в другие регионы и столицу.

Состояние медицинского туризма в Российской Федерации предполагает дальнейшее поступательное развитие. По мнению ряда специалистов, именно в ближайшие годы у предприятий туристической индустрии, оказывающих медицинские услуги, есть предпосылки войти в число лидеров среди самых популярных стран в аспекте оздоровительно-медицинского туризма.

Важнейшим показателем развития этой отрасли является стоимость предоставляемых услуг. А если учесть еще и фактор увеличения числа иностранных пациентов, то финансовая составляющая становится важнейшей в направлении развития качества и перечня предоставляемых услуг, для дальнейшего роста и количества объектов, эти услуги предоставляющих, а также их оснащения медицинским оборудованием и укомплектованности высокопрофессиональными кадрами.

Так, только за 2019 г. средняя стоимость пребывания одного пациента в санаториях, курортных учреждениях составляла 61 тыс. руб., но уже к началу эпидемиологического кризиса она выросла в среднем на 10%. В конце лета 2020 г., когда санатории возобновили работу, некоторые из них, чтобы удерживать своих гостей, снизили стоимость предоставления медицинских услуг, а ряд санаториев, особенно узкопрофильных, зная о своих конкурентных преимуществах, напротив, увеличили стоимость, аргументируя тем, что отдыхающие и укрепляющие здоровье люди, которым необходимы редкие медицинские услуги, все равно вынуждены будут обратиться за их предоставлением.

От всего количества предоставленных медицинских услуг в России учреждения, их предоставляющие, получили 74% дохода. Российские туристиче-

COVID-19

ские компании осознают перспективность данной отрасли и активно включаются в процессы создания и развития инфраструктуры медицинского туризма и ее освоения [20, 21].

Обширная территория Российской Федерации с большим количеством лечебных курортных мест и зон рекреации и оздоровления дает возможность утверждать, что планирование и развитие мест для отдыха и лечения не только своих граждан, но и гостей из-за рубежа, имеют перспективный характер, заключающийся не только в расчете экономической эффективности, но и в повышении уровня социальной значимости в целях оздоровления и лечения населения.

Очень важно также, чтобы в развитие отрасли включались не только предприятия туристического бизнеса, но и медицинские учреждения и санатории. Наиболее популярные и выгодные направления, среди которых офтальмология и травматология, важно развивать в направлении составления конкуренции иностранным медицинским и оздоровительным учреждениям по уровню предоставления услуги, ее качеству и стоимости, в целях адаптации к работе с иностранными пациентами.

Российским туристическим средствам размещения, прежде всего специализированным клиникам, санаториям, курортным поликлиникам, приходится либо соперничать по уровню оказания услуг с иностранными средствами размещения, либо «заманивать» пациентов низкими ценами и эксклюзивными услугами. Особенно сложно это делать сейчас, в период ограничений и создания специальных условий для туристов в связи с последствиями пандемии коронавируса.

Важно также для внутреннего медицинского туризма определить те направления, которые необходимы жителям регионов и столицы. Туристы в постковидный период в России разделились на две группы: те, кто просто хочет отдохнуть на море или на природе с минимальным набором оздоровительных процедур и даже без них, и те, кто готов оздоровиться, насколько хватит собственных денежных средств [22].

В период медленного восстановления курортов и предприятий, оказывающих медицинские услуги в регионах России, лидеры среди курортных мест РФ — Кавказские Минеральные воды, курорты Краснодарского края, Алтая и Крыма. Большой популярностью пользуются специализированные программы, которые направлены на коррекцию обмена веществ, снижение массы тела, преодоление последствий стресса, вызванного самоизоляцией и карантинными ограничениями для граждан.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Официальный сайт Федерального агентства по туризму РФ. Режим доступа: <https://tourism.gov.ru/>
2. Гуляев В. Г., Рассохина Т. В., Голодяева В. И. Научные подходы к развитию туризма в Российской Федерации в условиях

- кризиса, санкций и геополитической нестабильности. *Вестник РМАТ*. 2018;(1):126—31.
3. Джанджугазова Е. А., Первунин С. Н. Российский туризм: анатомия кризиса. *Российские регионы: взгляд в будущее*. 2019;(1):116—29.
4. Развитие медицинского туризма в Краснодарском крае. Режим доступа: <https://kuban.rbc.ru/krasnodar/05/06/2020/5eda0bbd9a7947145bff6bad/>
5. Официальный сайт краевого статистического управления Краснодарского края. Режим доступа: <https://krsdstat.gks.ru/>
6. Официальный сайт Кубань-информ. Режим доступа: <http://www.kub.inform.ru>
7. Федеральный закон Российской Федерации от 24 ноября 1996 г. № 132-ФЗ «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_12462/ (дата обращения 13.07.2020).
8. ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации», принят 17 января 2007 г., одобрен 24 января 2007 г. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_65890/ (дата обращения 11.06.2020).
9. Федеральный закон от 23 февраля 1995 г. № 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах». Режим доступа: <https://base.garant.ru/10108541/> (дата обращения 11.06.2020).
10. Федеральный закон от 14 марта 1995 г. № 33-ФЗ «Об особо охраняемых природных территориях». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_6072/ (дата обращения 10.06.2020).
11. Указ Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Режим доступа: <https://base.garant.ru/71937200/> (дата обращения 11.06.2020).
12. Медицинский туризм как цель национального проекта здравоохранения. Организация медицинской деятельности. Режим доступа: <https://kodeks.ru/products/medicina>
13. Морозова Н. С. Экономические аспекты управления туризмом в условиях мирового финансово-экономического кризиса. *Современные проблемы сервиса и туризма*. 2019;(2):52—5.
14. Биржаков М. Б. Введение в туризм. СПб.: Герда; 2019. 448 с.
15. Толстых К. С. Специфика развития рынка труда индустрии туризма в рамках экономического кризиса. *Государственное и муниципальное управление. Ученые записки*. 2018;(1):261—8.
16. Быстров С. А., Воронцова М. Г. Туризм: макроэкономика и микроэкономика. СПб.: Издательский дом Герда; 2017. 464 с.
17. Джанджугазова Е. А. Маркетинг туристских территорий. М.: Академия; 2019. 224 с.
18. Дурович А. П. Маркетинг в туризме. Минск: Новое знание; 2019. 496 с.
19. Козлова Е. В., Солод Т. В., Завьялов А. А. Международный туризм в условиях кризиса мировой экономики: тенденции и проблемы развития. *Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство; право и управление*. 2019;4(107):7—12.
20. Мошняга Е. В. Основные тенденции развития туризма в современном мире. *Вестник РМАТ*. 2019;(3):20—34.
21. Velavan T. P., Meyer C. G. The COVID-19 epidemic. *Tropic. Med. Intern. Health*. 2020;25(3):278—80. doi: 10.1111/tmi.13383
22. Келлер П. Влияние мировых кризисов на туризм. *Вестник РМАТ*. 2020;(3):17—20.

Поступила 06.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Official site of the Federal Agency for Tourism of the Russian Federation [Oficial'nyj sajt Federal'nogo agentstva po turizmu RF]. Available at: <https://tourism.gov.ru/> (in Russian).
2. Gulyaev V. G., Rassohina T. V., Golodyaeva V. I. Scientific approaches to the development of tourism in the Russian Federation in the context of the crisis, sanctions and geopolitical instability. *Vestnik RMA T*. 2018;(1):126—31 (in Russian).
3. Dzhandzhugazova E. A., Pervunin S. N. Russian tourism: anatomy of the crisis. *Rossiiskie regiony: vzglyad v budushchee*. 2019;(1):116—29 (in Russian).
4. Development of medical tourism in the Krasnodar Territory [Razvitie medicinskogo turizma v Krasnodarskom krae]. Available at: <https://kuban.rbc.ru/krasnodar/05/06/2020/5eda0bbd9a7947145bff6bad/> (in Russian).

5. Official site of the regional statistical office of the Krasnodar region [Oficial'nyj sajt kraevogo statisticheskogo upravleniya Krasnodarskogo kraja]. Available at: <https://krsdstat.gks.ru/> (in Russian).
6. Official site of Kuban-inform [Oficial'nyj sajt Kuban'-inform]. Available at: <http://www.kub.inform.ru> (in Russian).
7. Federal Law of the Russian Federation of November 24, 1996 No. 132-FZ «On the basics of tourist activities in the Russian Federation» [Federal'nyj zakon Rossijskoj Federacii «Ob osnovah turistskoj deyatel'nosti v Rossijskoj Federacii» ot 24 noyabrya 1996 g. № 132-FZ]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_12462/ (accessed 13.07.2020) (in Russian).
8. Federal Law «On Amendments to the Federal Law» On the Basics of Tourist Activity in the Russian Federation», adopted on January 17, 2007, approved on January 24, 2007 [FZ «O vnesenii izmenenij v Federal'nyj zakon «Ob osnovah turistskoj deyatel'nosti v Rossijskoj Federacii» prinyat 17 yanvarya 2007g., odobren 24 yanvarya 2007 g.]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_65890/ (accessed 11.06.2020) (in Russian).
9. Federal Law of February 23, 1995 No. 26-FZ «On natural healing resources, health-improving areas and resorts» [Federal'nyj zakon «O prirodnyh lechebnyh resursah, lechebno-ozdorovitel'nyh mestnostyah i kurortah» ot 23 fevralya 1995 goda N 26-FZ]. Available at: <https://base.garant.ru/10108541/> (accessed 11.06.2020) (in Russian).
10. Federal Law of March 14, 1995 No. 33-FZ «On Specially Protected Natural Areas» [Federal'nyj zakon «Ob osobo ohranyaemyh prirodnyh territoriyah» ot 14 marta 1995 goda № 33-FZ]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_6072/ (accessed 10.06.2020) (in Russian).
11. Decree of the President of the Russian Federation of 07.05.2018 No. 204 «On national goals and strategic objectives of the development of the Russian Federation for the period up to 2024» [Ukaz Prezidenta RF ot 07.05.2018 N 204 «O nacional'nyh celyah i strategicheskikh zadachah razvitiya Rossijskoj Federacii na period do 2024 goda»]. Available at: <https://base.garant.ru/71937200/> (accessed 11.06.2020) (in Russian).
12. Medical tourism as a goal of the national health project. Organization of medical activities [Medicinskij turizm kak cel' nacional'nogo proekta zdavoohraneniya. Organizaciya medicinskoj deyatel'nosti]. Available at: <https://kodeks.ru/products/medicina> (in Russian).
13. Morozova N. S. Economic aspects of tourism management in the context of the global financial and economic crisis. *Sovremennye problemy servisa i turizma*. 2019;(2):52—5 (in Russian).
14. Birzhakov M. B. Introduction to tourism [Vvedenie v turizm]. St. Petersburg: Gerda; 2019. 448 p. (in Russian).
15. Tolstyh K. S. Specificity of the development of the labor market of the tourism industry in the framework of the economic crisis. *Gosudarstvennoe i municipal'noe upravlenie. Uchenye zapiski*. 2018;(1):261—8 (in Russian).
16. Bystrov S. A., Voroncova M. G. Tourism: macroeconomics and microeconomics [Turizm: makroekonomika i mikroekonomika]. St. Petersburg: Gerda; 2017. 464 p. (in Russian).
17. Dzhandzhugazova E. A. Marketing of tourist territories [Marketing turistskih territorij]. Moscow: Akademiya; 2019. 224 p. (in Russian).
18. Durovich A. P. Marketing in tourism [Marketing v turizme]. Minsk: Novoe znanie; 2019. 496 p. (in Russian).
19. Kozlova E. V., Solod T. V., Zav'yalov A. A. International tourism in the context of the global economic crisis: trends and development problems. *Nauka i obrazovanie: hozyajstvo i ekonomika; predprinimatel'stvo; pravo i upravlenie*. 2019;107(4):7—12 (in Russian).
20. Moshnyaga E. V. The main trends in the development of tourism in the modern world. *Vestnik RMAT*. 2019;(3):20—34 (in Russian).
21. Velavan T. P., Meyer C. G. The COVID-19 epidemic. *Tropic. Med. Intern. Health*. 2020;25(3):278—80. doi: 10.1111/tmi.13383
22. Keller P. The impact of world crises on tourism. *Vestnik RMAT*. 2020;(3):17—20 (in Russian).

COVID-19

© Коллектив авторов, 2021

УДК 614.2

Бессчетнова Окс. В.¹, Волкова О. А.², Алиев Ш. И.³, Бессчетнова Ол. В.⁴

ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

¹ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», 107150, г. Москва;

²Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115184, г. Москва;

³Дагестанский гуманитарный институт (филиал) ОУП ВО «Академия труда и социальных отношений», 368220, г. Буйнакск;

⁴ФГБОУ ВО «Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского» — Балашовский институт (филиал), 412300, Саратовская область, г. Балашов

Рассмотрено отношение представителей молодежи к вакцинопрофилактике гриппа. На основе качественных методов исследования (фокус-групп) студентов двух вузов, расположенных в Центральном и Приволжском федеральных округах, получены данные об отношении молодых людей к вакцинации, мотивах отказов. Обоснована необходимость повышения информированности молодежи о вакцинопрофилактике как современной здоровьесберегающей технологии.

К л ю ч е в ы е с л о в а: вакцинация; профилактика; грипп; здоровьесберегающие технологии; молодежь.

Для цитирования: Бессчетнова Окс. В., Волкова О. А., Алиев Ш. И., Бессчетнова Ол. В. Отношение молодежи к вакцинопрофилактике гриппа в условиях развития пандемии COVID-19. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):213—219. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-213-219>

Для корреспонденции: Бессчетнова Оксана Владимировна, д-р социол. наук, доцент, профессор факультета социальной работы ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», e-mail: oksanabesschetnova@yandex.ru

Besschetnova Oks. V.¹, Volkova O. A.², Aliev Sh. I.³, Besschetnova Ol. V.⁴

THE ATTITUDE OF THE YOUTH TO VACCINE PREVENTION OF INFLUENZA IN CONDITIONS OF COVID-19 PANDEMIC

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian State Social University”, 107150, Moscow, Russia;

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

³The Dagestan Humanitarian Institute (the Branch) of The Educational Institution of Trade Unions of Higher Education “The Academy of Labor and Social Relationships”, 368220, Buynaksk, Russia;

⁴The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The N. G. Chernyshevsky Saratov National Research State University (The Balashov Branch), 412300, the Saratov Oblast, Balashov, Russia

The article considers the problem of attitude of the youth to vaccine prevention of influenza. The study was organized on the basis of qualitative research methods (focus groups) of students of two universities in the Central and Volga Federal Okrugs. The data about attitudes towards vaccination and refusal motivation was obtained. The need in increasing awareness of the youth about vaccine prevention as an actual health-preserving technology was substantiated.

К е y w o r d s: vaccine; prevention; influenza; health-preserving technologies; youth.

For citation: Besschetnova O. V., Volkova O. A., Aliev Sh.I., Besschetnova O. V. The attitude of the youth to vaccine prevention of influenza in conditions of COVID-19 pandemic. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):213—219 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-213-219>

For correspondence: Besschetnova O. V., doctor of sociological sciences, associate professor of the Faculty of Social Activities of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian State Social University”. e-mail: oksanabesschetnova@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 03.08.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Проблема защиты от инфекционных заболеваний волновала человечество с древнейших времен. В разные исторические периоды появлялись энтузиасты, ратующие за предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний (оспы, тифа, холеры, чумы, кори), уносивших миллионы жизней по всему миру, через продвижение идей вакцинации населения. Среди них — Эль Раза (IX в.), Э. Дженнер, И. Г. Ениш (XVIII в.), проводившие прививки против оспы методом вариоляции, Л. Пастер (XIX в.), разработавший вакцину против холеры, бешенства и сибирской язвы на основе ослабленных микробов, К. Герен, А. Кальметт, полу-

чившие вакцину от туберкулеза (начало XX в.), А. Сэбин (XX в.), разработавший вакцину против полиомиелита, и др.

Позже исследования в области вирусологии, предпринятые в том числе и отечественными учеными, привели к созданию живых вакцин против целого ряда инфекционных заболеваний: чумы (Н. Н. Жуков-Вережников, М. П. Покровская; В. Хавкин), бруцеллеза (П. А. Вершилова, П. Ф. Здродовский, Х. С. Котлярова), кори и эпидемического паротита (В. М. Жданов, П. Г. Сергиев), полиомиелита (А. А. Смородинцев, М. Чумаков), гриппа (В. М. Жданов, А. А. Смородинцев, В. Д. Соколов, М. И. Соколов).

В настоящее время вопросы вакцинопрофилактики выходят за рамки чисто медицинской науки, становясь все более междисциплинарными, поскольку затрагивают социальные, экономические, социокультурные, демографические, юридические аспекты, определяющие стратегии поведения населения в сфере вакцинопрофилактики.

К современным отечественным исследователям, работающим над изучением медицинских и социальных проблем в области профилактики инфекционных заболеваний, следует отнести А. В. Белобородову, Т. Е. Белокриницкую, Д. С. Бушменкова, П. С. Гречка, М. К. Ерофееву, В. Л. Максакову, В. А. Меркулова, А. Н. Миронова, И. Е. Моисееву, А. Н. Никифорову, Д. А. Тарбаеву, Д. М. Серкина, О. С. Третьякову, Н. Н. Степанова, М. А. Стукову, С. М. Харит, Е. В. Шахланскую.

Среди зарубежных ученых заслуживают упоминания работы М. Uhart, Н. Bricout, Е. Clay, N. Langeron (социально-экономические издержки в период эпидемии гриппа в странах Евросоюза), Е. Quinn, М. Jit, А. Т. Newall, G. Meier, М. Gregg, N. B. Poulsen (влияние квадριвалентной вакцины против гриппа на социально-экономические издержки, эффективность использования квадριвалентной вакцины против гриппа на лицах группы риска и пожилых в Великобритании), А. Pérez-Rubio, L. Platero, А. Pérez-Rubio, J. М. Eiros (сезонная вакцинопрофилактика гриппа в Испании, влияние заболеваемости гриппом на смертность населения), А. Giraud-Gatineau, P. Colson, М. Т. Jimeno, С. Zandotti, L. Ninove, С. Boschi, J. С. Lagier, В. La Scola, Н. Chaudet, D. Raoult (сравнительный анализ уровня смертности из-за ОРВИ в 2019—2020 гг. в юго-восточной Франции), R. Somayaji, М. В. Neradilek, А. А. Szpiro, К. Н. Lofy, М. L. Jackson, С. Н. Goss, J. S. Duchin, К. М. Neuzil, J. R. Ortiz (влияние экологических факторов на заболеваемость гриппом в США), Е. Murillo-Zamora, О. Mendoza-Cano, I. Delgado-Enciso, J. Guzmán-Esquivel (факторы риска, приводящие к смертности от гриппа у пациентов стационарных отделений).

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, иммунизация (вакцинация) — это процесс, благодаря которому человек приобретает иммунитет, становясь невосприимчивым к инфекционной болезни, путем введения вакцины [1]. Сегодня вакцинация — признанный медицинским сообществом способ профилактики возникновения, распространения инфекционных заболеваний и выработки коллективного иммунитета, благодаря чему во всем мире предотвращается до 2,5 млн смертей ежегодно. Вместе с тем около 6,5 млн детей до 5 лет (20% в общей структуре детской смертности) по-прежнему умирают от заболеваний, предупреждаемых при помощи вакцин [2].

В нашей стране Национальный календарь профилактических прививок, действующий на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении национально-го календаря профилактических прививок и кален-

даря профилактических прививок по эпидемическим показаниям», предусматривает вакцинопрофилактику целого ряда инфекционных заболеваний: вирусного гепатита В, пневмококковой и гемофильной инфекций, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, туберкулеза и гриппа. [3]

Граждане Российской Федерации с момента рождения имеют право на бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения. Финансирование вакцинации, не входящей в Национальный календарь профилактических прививок, осуществляется за счет средств региональных бюджетов, средств граждан или других источников, не запрещенных законодательством РФ [4].

В соответствии с Приказом № 125н от 21.03.2014, совершеннолетним гражданам и родителям (законным представителям) несовершеннолетних детей разъясняется необходимость иммунопрофилактики инфекционных болезней, оговариваются возможные поствакцинальные реакции и осложнения, оформляется информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство [5]. Вместе с тем родители (законные представители) имеют право на отказ от вакцинопрофилактики своих несовершеннолетних детей, на основании соответствующего заявления в детскую поликлинику по месту жительства.

В последние 50 лет наблюдается усиление тенденции массовых отказов от проведения вакцинопрофилактики среди родителей несовершеннолетних детей в нашей стране и за рубежом. В России нарушение календаря профилактических прививок наблюдается уже у детей раннего дошкольного возраста (до 20%), особенно в сельской местности [6]. Основными причинами отказов выступают боязнь осложнений, сомнение в качестве вакцин, их неэффективность, отсутствие риска заражения инфекционными заболеваниями, приобретение «естественного» иммунитета вследствие перенесенного заболевания, мнение родственников и знакомых. Около половины родителей несовершеннолетних детей получают информацию о прививках из СМИ, социальных сетей, реже от медицинских работников, что приводит к формированию у населения ошибочного мнения о вакцинопрофилактике.

В результате массовых отказов от вакцинации целый ряд болезней, которые прежде считались побежденными, вновь активизировались. Примерами могут служить вспышки коклюша в Японии (1970-е годы), полиомиелита в Таджикистане (2010), кори в Албании, Чехии, Греции, Великобритании (2012), в Украине, Казахстане, Грузии, России, Турции (2019), повлекшие многочисленные смертельные исходы.

Отказы от вакцинации не только детей, но и взрослых приводят к ухудшению показателей здо-

COVID-19

ровья граждан, появлению хронических заболеваний и повышению смертности в группах риска, включая лиц старше 65 лет, людей с хроническими заболеваниями сердца, легких, почек, печени, крови, нарушениями обмена веществ [7], беременных женщин, детей, медицинских работников. Только от гриппа ежегодно в мире умирает 250—500 тыс. человек, в странах Европы — 38,5 тыс.; эпидемия охватывает 5—10% взрослого и 20—30% детского населения [8].

Высокая заболеваемость в период эпидемий оказывается причиной прямых и косвенных издержек, наносящих социально-экономический ущерб государству из-за необходимости повышения расходов на оказание медицинской помощи (амбулаторной и стационарной), оплату больничных листов временной нетрудоспособности, что в высокоразвитых странах достигает 56,7 млн евро на 1 млн населения [9]. Например, общая стоимость издержек от эпидемии гриппа в 25 странах Европейского союза в 2005 г. составила 267,2 млн евро, а затраты на медицинское обслуживание — 11,5 трлн евро [10].

Для взрослых установлен ряд профессиональных сфер (педагогические и медицинские работники, сотрудники, работающие с кровью и биологическими жидкостями человека, с высоким риском возникновения инфекционного заболевания, работой с животными), где соблюдение графика прививок обязательно по закону [КоАП РФ (ч. 1 ст. 6.3; ч. 4, ст. 10.1); УК РФ (ст. 236); Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (ред. от 28.11.2018); Федеральный закон от 30.03.1999 № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (ред. от 13.07.2020); Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 13.07.2020)].

В случае «нарушения действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий» КоАП РФ (ч. 1 ст. 6.3) предусматривает наказание в виде штрафа в размере: для граждан — от 100 до 500 руб., для должностных лиц и бизнесменов — от 500 до 1000 руб., для компаний — от 10 до 20 тыс. руб. За отказ от вакцинации, медосмотров и нарушения законодательства в отношении гигиенического воспитания и обучения граждан предусмотрены административные штрафы: для граждан — от 5 до 7 тыс. руб., для должностных лиц — от 7 до 10 тыс. руб., для юридических лиц — от 20 до 30 тыс. руб. (ч. 4 ст. 10.1) [11].

Лидирующее место среди всех инфекционных заболеваний по степени распространенности и массовости охвата населения занимают грипп и ОРВИ. В частности, начиная с середины XVIII в., в мировой практике было зафиксировано несколько пандемий, происходивших с интервалом в 10—40 лет: «испанка» (1918), которая унесла 20—40 млн жизней, «азиатский грипп» (1957), «гонконгский грипп» (1968), «атипичная пневмония» (2002), «птичий грипп» (2003), «свиной грипп» (2009), «ближнево-

сточный респираторный синдром» (MERS) (2012), «новая коронавирусная инфекция» — COVID-19 (2019). В настоящее время в России каждый год регистрируют от 27,3 до 41,2 млн заболевших [12]. Сезонный пик заболеваемости приходится, как правило, на зимний период, когда заболевает каждый десятый человек.

Основным методом противодействия распространению инфекции, по мнению большинства медицинских работников, является вакцинопрофилактика. Массовая вакцинация против гриппа в России началась с 1996 г. [13], с 2006 г. она была включена в Национальный календарь профилактических прививок, с 2014 г. к перечню лиц группы риска были добавлены беременные женщины, поскольку риск тяжелого течения заболевания в период беременности возрастает в 13 раз [14]. Согласно данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека за период 1996—2018 гг., благодаря вакцинации заболеваемость гриппом снизилась в 196 раз [15].

Вместе с тем, в отличие от вакцинации против других инфекционных заболеваний, вакцинопрофилактика гриппа носит весьма дискуссионный характер из-за чрезвычайно быстрой мутации вируса, несовпадения его штамма с введенной вакциной, страхом побочных реакций организма, недооценкой протекания заболевания и его последствий и других факторов.

По данным опроса Фонда общественного мнения, проведенного в 2018 г. среди россиян старше 18 лет ($n=1500$) в 53 субъектах РФ, 53% опрошенных не опасались заболеть гриппом, в то время как 44% испытывали подобный страх. По мнению 45% респондентов, прививки от гриппа помогают предотвратить заболевание, 34% отрицают такую возможность. На момент опроса только 4% опрошиваемых уже сделали прививку от гриппа, 26% выразили гипотетическую готовность, 64% не имели намерения вакцинироваться. Из общей доли позитивно настроенных на вакцинопрофилактику против гриппа (30%) лишь 17% респондентов делают ее ежегодно, 11% — нерегулярно, 1% — впервые [16]. В 2019 г. в России было привито против гриппа 50,5% населения, что является наивысшим показателем за последние несколько лет [17]. Вместе с тем, по оценкам Всемирной организации здравоохранения, для предотвращения эпидемии охват прививками против гриппа должен быть не менее 30% населения, а в группах риска — не менее 75% [1].

Материалы и методы

Важность и необходимость проведения вакцинопрофилактики гриппа среди молодежи в преддверии «второй волны» COVID-19 обусловили проведение исследования, целью которого стало выявление отношения студентов российских вузов к вакцинации против гриппа, изучение причин отказов и определение роли информирования для повышения уровня осведомленности в вопросах профилактики инфекционных заболеваний.

Исследование проводилось в сентябре 2020 г. при помощи метода фокус-групп на базе Российского государственного социального университета ($n=16$) и Саратовского национального исследовательского государственного университета имени Н. Г. Чернышевского ($n=15$). В нем приняли участие студенты I—IV курсов бакалавриата и I—II курсов магистратуры, обучающиеся по направлениям подготовки 39.03.03, 39.04.03 «Организация работы с молодежью»; 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование»; 49.03.01 «Физическая культура и спорт».

Выборка студентов была квотной на основе следующих критериев: пол (женщин 19; мужчин 12), возраст (от 18 до 23 лет), жители больших городов/мегаполисов и малых городов/сельской местности; сочетающие работу/учебу. Фокус-группы проводились дистанционно с использованием платформы Skype. С выбранными студентами предварительно была проведена беседа, получено их добровольное согласие на участие в исследовании. Продолжительность каждой фокус-группы составила 2 ч 10 мин.

Результаты исследования

При легкой форме простудных заболеваний около $1/3$ студентов обоих вузов, особенно первокурсники, предпочитают лечиться самостоятельно, обходясь без помощи врачей, во-первых, нежеланием обращаться в городскую или студенческую поликлинику из-за наличия очередей, отсутствия записи, низкой квалификации участковых врачей-терапевтов, во-вторых, необходимостью представлять сопутствующие документы, такие как талон флюорографии, осмотр гинеколога, в-третьих, нежеланием пропускать занятия, терять время на дорогу.

«...Да мне на другой конец города ехать в студенческую поликлинику, лучше в аптеке лекарство купить, врач тоже самое назначит» (жен., 22 года, РГСУ). «В нашей поликлинике такие врачи, что, мне кажется, я сама больше знаю, чем они» (жен., 20 лет, СГУ). «Я несколько раз пытался записаться к врачу, только там очередь на неделю вперед, потом мне уже не надо» (муж., 18 лет, СГУ).

Выбор лекарственных средств при самолечении обусловлен рекламой в СМИ, невысокой стоимостью препаратов, советом фармацевта в аптечной сети или родителей, друзей, знакомых. Около 80% студентов даже при наличии симптомов гриппа и ОРВИ посещают занятия.

«Если неделю не ходить на занятия, даже если справку приносишь, то потом все равно отработать надо» (муж., 21 год, СГУ). «...Потом по всем предметам отчитываться, не догонишь, а так со всеми вместе» (жен., 19 лет, РГСУ).

На вопрос, «какие средства профилактики Вы используете в период эпидемии гриппа и ОРВИ», студенты обоих вузов называли употребление свежих сезонных овощей и фруктов, БАД и витаминов, прием противовирусных препаратов, проветривание помещений, ношение медицинской маски, соблюдение правил личной гигиены, занятия спор-

том, вакцинация. За последние полгода ношение маски в условиях самоизоляции и карантина стало не только способом профилактики передачи и распространения инфекции, но и одним из атрибутов молодежной моды, формирующим имидж молодого поколения.

Среди студентов, обучающихся по направлению подготовки «Физическая культура и спорт», по сравнению со студентами других специальностей в качестве профилактических мер чаще всего фигурировали регулярные физические нагрузки, отказ от алкоголя и курения, правильное сбалансированное питание, употребление не менее 1,5 л чистой воды ежедневно.

Подавляющее большинство участников фокус-групп в обоих вузах (около 70%) заявили о положительном отношении к вакцинопрофилактике гриппа, считая ее важной и необходимой, особенно в Центральном и Приволжском федеральных округах, где осенне-зимний период длится около 5 мес.

«У нас с октября уже холодно, сыро, да еще в помещении не топят, только с 15 октября, хотя на улице градусов 10—12» (жен., 18 лет, СГУ). «На улице, дома холодно, в универе тоже, сидишь весь день, поэтому часто болею простудными заболеваниями» (жен., 20 лет, РГСУ).

Вместе с тем только 10% считает вакцинопрофилактику гриппа обязательной, остальные осознают ее важность, однако не поддерживают решение об обязательном характере вакцинации. Вакцинируются против гриппа ежегодно около 25% студентов, 30% делают это нерегулярно; заметных различий по возрасту, полу, курсу и направлению подготовки выявлено не было.

«Я не считаю, что прививка от гриппа должна быть обязательной, это по желанию самого человека» (муж., 19 лет, РГСУ). «Грипп — это же не корь там или дифтерия, от него можно вылечиться лекарствами» (жен., 22 года, СГУ).

Утверждают, что делали прививку от гриппа в прошлом году, $2/3$ студентов, подавляющее большинство — в учебных заведениях (школах, колледжах, вузе), и лишь три человека заявили о том, что вакцинировались в мобильном пункте (на площади, улице, рядом с метро).

«Мы делали прививки от гриппа в прошлом году в нашей студенческой поликлинике, иначе, думаю, нас бы просто не допустили до занятий» (жен., 19 лет, РГСУ). «...У нас в вузе каждый год делают прививки от гриппа бесплатно, но я сама никогда не делала, хотя у меня и нет противопоказаний, да и мои одногруппники, мне кажется, тоже» (жен., 23 года, СГУ). «...Я просто из любопытства зашел посмотреть, смотрю, люди делают [прививки], ну я тоже подумал, хуже-то не будет» (муж., 22 года, РГСУ).

Данный факт дает основание предположить, что в первом случае играет роль административный «добровольно-принудительный» механизм, не связанный с личной мотивацией студентов, а во втором — осознанное желание защитить себя от ин-

COVID-19

фекции. Поэтому, на наш взгляд, не стоит заблуждаться насчет высоких показателей вакцинации студентов, рассматривая положительное отношение к ней как личную заинтересованность и заботу о своем здоровье.

Другим мотивом, поощряющим вакцинацию, является наличие в семье лиц группы риска (пожилых, с ограниченными возможностями здоровья, имеющих хронические заболевания, младших сиблингов), поэтому вакцинация против гриппа рассматривается участниками не столько с точки зрения защиты собственного здоровья, сколько как способ не подвергать риску родных и близких.

Третьим мотивом к осознанной вакцинации является совмещение частью студентов учебы с работой в системе «человек—человек» (официанты, продавцы, аниматоры и т. д.) или другими видами активности, например волонтерством, предусматривающими непосредственные контакты с большим количеством людей либо взаимодействие с определенными социально-демографическими группами (детьми-сиротами в домах ребенка, детских домах, лицами с ограниченными возможностями здоровья в больницах, домах-интернатах), что требует от них соответствия определенным требованиям работодателя или нормативно-правовым документам того или иного учреждения.

Вместе с тем, по мнению большинства студентов, вакцинация не гарантирует полной защиты человека от вируса. Практически все участники фокус-групп, придерживающиеся полярных мнений, согласились с утверждением, что «несмотря на вакцину, существует вероятность заболеть».

Сторонники вакцинации для поддержки своей позиции выдвинули следующие аргументы: «шанс, что заболеешь меньше, но не всегда», «вакцинация защищает от возможных осложнений, которые дает грипп, что особенно важно для маленьких детей и людей со слабым здоровьем, прививка обеспечивает защиту не только от тех штаммов гриппа, которые содержит вакцина, но и от всех остальных», «появляется шанс не умереть от различных видов гриппа, появляется иммунитет», «защищает от осложнений после болезни», «вероятнее всего, болезнь будет протекать в легкой форме, будет выработан иммунитет к вирусу, снижена вероятность осложнений».

Противники вакцинации назвали следующие аргументы: «от вакцины ты заболеешь еще сильнее, организм будет уязвим гриппу, так как тебе вводят этот вирус в маленькой дозе», «недоверие вакцине, статистика не дает внушительных результатов», «прививка неспособна защитить организм от гриппа целиком и полностью, невозможно на 100% предугадать, как отреагирует организм конкретного человека на ту или иную вакцину», «риск заболеть остается, имеются опасные добавки».

Анализ ответов позволяет заключить, что участники фокус-групп, не отрицая важности и актуальности вакцинопрофилактики гриппа, обращают внимание на такие ее особенности, как отсутствие гарантии заболевания, недоверие вакцине, страх

поствакцинальных осложнений, вред для организма, что снижает мотивацию студентов к использованию вакцинопрофилактики как важного ресурса здоровьесбережения.

Обсуждение

Большинство стран расширяют спектр мер, направленных на повышение доли населения, охваченного вакцинопрофилактикой. Например, во Франции за отказ от вакцинации против дифтерии, полиомиелита и столбняка предусмотрен штраф в размере 3750 евро или лишение свободы до полугода [18], в США стоимость медицинской страховки для непривитых лиц в несколько раз выше, чем для остальных, существует запрет непривитым детям посещать государственные школы. В России запрет на посещение непривитыми детьми детских дошкольных учреждений, государственных и муниципальных школ отсутствует, исключения составляют ситуации, сопряженные с угрозой эпидемии или распространением массовых инфекционных болезней [19].

В 2020 г. во многих субъектах РФ стартовали ежегодные программы вакцинации против гриппа, которые в эпидемиологической обстановке, осложненной коронавирусной инфекцией, являются наиболее востребованными. Например, в г. Москве с 01.09.2020 г. все желающие, независимо от места проживания, регистрации, национальности, имеют возможность при наличии паспорта и выражения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство бесплатно получить вакцинацию против гриппа в поликлиниках (детских и взрослых) по месту жительства, либо в 44 пунктах мобильной вакцинации, расположенных на станциях Московского метрополитена, Московского центрального кольца, железнодорожных платформах или в центрах государственных услуг «Мои документы» [20].

С 2018 г. в России, наряду с Австралией, США, Канадой, Новой Зеландией, Германией и Францией, производится собственная современная четырехвалентная вакцина для профилактики гриппа «Гриппол Квадривалент», которая включает четыре штамма вируса, рекомендованные ВОЗ: A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09-like virus; A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2)-like virus; B/Colorado/06/2017-like virus (B/Victoria/2/87 lineage); B/Phuket/3073/2013-like virus (B/Yamagata/16/88 lineage).

По оценкам южнокорейских ученых, на основании исследования, проведенного на двух возрастных когортах (дети от 6 мес до 5 лет и лица 65 лет и старше) в течение 2010—2013 гг., четырехвалентная вакцина от гриппа (QIV) по сравнению с трехвалентной (TIV) способна предотвратить почти 2923 случая заражения гриппом у детей и 13 011 у пожилых людей, 672 случая осложнений у детей и 7048 у пожилых людей, а также 238 летальных исходов у пожилых ежегодно [21]. По мнению американских исследователей, в течение последующих 20 лет замена TIV на QIV может снизить количество случаев

гриппа В на 27,2% (16 млн случаев), что приведет к предотвращению 137 600 госпитализаций и 16 100 летальных исходов [22].

Заключение

Несмотря на тот факт, что большинство молодых людей гипотетически склонны высоко оценивать вакцинопрофилактику гриппа как здоровьесберегающую технологию, около половины заявили, что делают ее нерегулярно. Основными мотивами вакцинации выступают преимущественно социальные, связанные с необходимостью соответствовать определенным требованиям, предъявляемым учебной, работой, другими видами деятельности, либо чувством долга по отношению к членам нуклеарной или расширенной семьи. Поэтому важным представляется информирование молодежи о роли вакцинации через проведение просветительных мероприятий, вовлечение в проектную деятельность в вузе и за его пределами, с участием медицинских работников, экспертов, способных дать объективную оценку преимуществам и ограничениям данного вида профилактики высококонтагиозных инфекционных заболеваний.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная организация здравоохранения. Официальный сайт. Режим доступа: <https://www.who.int/topics/immunization/ru/>
2. Специалисты о прививках. При поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации. Официальный сайт. Режим доступа: <https://yaprivit.ru/infections/detskaya-smertnost-i-zabolevaemost/>
3. Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.03.2014 № 125н. Режим доступа: <http://base.garant.ru/70647158/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/>
4. О внесении изменений в приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.04.2019 № 243Н. Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/554691475>
5. Моисеева И. Е. Вопросы вакцинопрофилактики в работе врача общей практики. *Российский семейный врач*. 2016;20(2):19–34.
6. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2020). Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
7. Третьякова О. С., Белобородова А. В., Гречка П. С. Сравнительный анализ привития детей и отношения родителей к вакцинопрофилактике в зависимости от места проживания. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2020;91(1):69–72.
8. Martínez A., Soldevila N., Romero-Tamarit A., Torner N., Godoy P. Risk factors associated with severe outcomes in adult hospitalized patients according to influenza type and subtype. *PLoS One*. 2019;14(1):e0210353. doi: 10.1371/journal.pone.0210353
9. Uhart M., Bricout H., Clay E., Largeton N. Public health and economic impact of seasonal influenza vaccination with quadrivalent influenza vaccines compared to trivalent influenza vaccines in Europe. *Hum. Vaccines Immunother*. 2016;12(9):2259–68.
10. Ryan J., Zoellner Y., Gradl B., Palache B., Medema J. Establishing the health and economic impact of influenza vaccination within the European Union 25 countries. *Vaccine*. 2006;24(47–48):6812–22.
11. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях: от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 31.07.2020). Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/
12. Quinn E., Jit M., Newall A. T. Key issues and challenges in estimating the impact and cost-effectiveness of quadrivalent influenza vaccination. *Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res*. 2014;14:425–35.
13. Киселев О. И., Маринич И. Г., Сомина А. А. (ред.). Грипп и другие респираторные инфекции: эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия. СПб.: Боргес; 2015. С. 153–5.
14. Тарбаева Д. А., Белокриницкая Т. Е., Серкин Д. М. Модель прогнозирования тяжелых форм гриппа у беременных. *Мать и дитя в Кузбассе*. 2015;(3):24–7.
15. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Режим доступа: <https://www.rospotrebnadzor.ru/>
16. Отношение к детским и взрослым прививкам и практики вакцинации от гриппа. Фонд общественного мнения. Официальный сайт. Режим доступа: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14156>
17. Ерофеева М. К., Максакова В. Л., Шахланская Е. В., Стукова М. А. Возможности современной вакцинопрофилактики гриппа. *Поликлиника*. 2020;1(2):52–6.
18. Чеснокова О. Во Франции родителей приговорили к двум месяцам тюрьмы за отказ от вакцинации детей. Режим доступа: <https://vademec.ru/news/2016/01/13/vo-frantsii-roditeley-prigovorili-k-dvum-mesyatsam-tyurmy-za-otkaz-ot-vaktsinatsii-detey/>
19. Об иммунопрофилактике инфекционных болезней: Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ (ред. от 28.11.2018). Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_20315/
20. Масштабная программа по вакцинации от гриппа в Москве начнется 1 сентября. Мосгорздрав. Официальный сайт. Режим доступа: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/news/default/card/4575.html>
21. Kim Y. K., Song J. Y., Jang H. Cost Effectiveness of Quadrivalent Influenza Vaccines Compared with Trivalent Influenza Vaccines in Young Children and Older Adults in Korea. *Pharmacoeconomics*. 2018;36(12):1475–90.
22. De Boer P. T., Crépey P., Pitman R. J., Macabeo B., Chit A., Postma M. J. Cost-Effectiveness of Quadrivalent versus Trivalent Influenza Vaccine in the United States. *Value Health*. 2016;19(8):964–75.

Поступила 03.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. World Health Organization. Official site. Available at: <https://www.who.int/topics/immunization/ru/> (in Russian).
2. Specialists about vaccinations. Supported by the Ministry of Health of the Russian Federation. Official site [Spetsialisty o privivkakh. Pri podderzhke Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii. Oftsial'nyy sayt]. Available at: <https://yaprivit.ru/infections/detskaya-smertnost-i-zabolevaemost/> (in Russian).
3. On the approval of the national calendar of preventive vaccinations and the calendar of preventive vaccinations for epidemic indications: Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of March 21, 2014 No. 125n [Ob utverzhdenii natsional'nogo kalendar'ya profilakticheskikh privivok i kalendar'ya profilakticheskikh privivok po epidemicheskim pokazaniyam: Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 21.03.2014 № 125n]. Available at: <http://base.garant.ru/70647158/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/> (in Russian).
4. On amendments to Appendix No. 1 to the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of March 21, 2014 No. 125n «On the approval of the national calendar of preventive vaccinations and the calendar of preventive vaccinations for epidemic indications»: Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 24.04.2019 No. 243N [O vnesenii izmeneniy v prilozheniye № 1 k prikazu Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 21 marta 2014 g. № 125n «Ob utverzhdenii natsional'nogo kalendar'ya profilakticheskikh privivok i kalendar'ya profilakticheskikh privivok po epidemicheskim pokazaniyam»: Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 24.04.2019 № 243N]. Available at: <http://docs.cntd.ru/document/554691475> (in Russian).

COVID-19

5. Moiseeva I. E. Vaccine prevention issues in the work of a general practitioner. *Rossiyskiy semejny vrach*. 2016;20(2):19–34 (in Russian).
6. On the basics of protecting the health of citizens in the Russian Federation: Federal Law of 21.11.2011, No. 323-FZ (revised on 13.07.2020) [*Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii: Federal'nyy zakon ot 21.11.2011 g. № 323-FZ (red. ot 13.07.2020)*]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (in Russian).
7. Tret'yakova O. S., Beloborodova A. V., Grechka P. S. Comparative analysis of the vaccination of children and the attitude of parents to vaccination depending on the place of residence. *Mezhdunarodnyy nauchno-issledovatel'skiy zhurnal*. 2020;1(91):69–72 (in Russian).
8. Martínez A., Soldevila N., Romero-Tamarit A., Torner N., Godoy P. Risk factors associated with severe outcomes in adult hospitalized patients according to influenza type and subtype. *PLoS One*. 2019;14(1):e0210353. doi: 10.1371/journal.pone.0210353
9. Uhart M., Bricout H., Clay E., LARGERON N. Public health and economic impact of seasonal influenza vaccination with quadrivalent influenza vaccines compared to trivalent influenza vaccines in Europe. *Hum. Vaccines Immunother*. 2016;12(9):2259–68.
10. Ryan J., Zoellner Y., Grادل B., Palache B., Medema J. Establishing the health and economic impact of influenza vaccination within the European Union 25 countries. *Vaccine*. 2006;24(47–48):6812–22.
11. Code of the Russian Federation on Administrative Offenses: dated 30.12.2001 No. 195-FZ (as amended on 31.07.2020) [*Kodeks Rossiyskoy Federatsii ob administrativnykh pravonarusheniyakh: ot 30.12.2001 № 195-FZ (red. ot 31.07.2020)*]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/ (in Russian).
12. Quinn E., Jit M., Newall A. T. Key issues and challenges in estimating the impact and cost-effectiveness of quadrivalent influenza vaccination. *Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res*. 2014;14:425–35.
13. Kiselev O. I., Marinich I. G., Somina A. A. (eds). Influenza and other respiratory infections: epidemiology, prevention, diagnosis and therapy [*Gripp i drugie respiratornyye infektsii: epidemiologiya, profilaktika, diagnostika i terapiya*]. St. Petersburg: Borges; 2015. P. 153–5 (in Russian).
14. Tarbaeva D. A., Belokrinickaya T. E., Serkin D. M. Model for predicting severe influenza in pregnant women. *Mat' i ditya v Kuzbasse*. 2015;(3):24–7 (in Russian).
15. Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare. Available at: <https://www.rospotrebnadzor.ru/>
16. Attitudes towards childhood and adult vaccinations and the practice of influenza vaccination. Public Opinion Foundation. Official site [*Otnosheniye k detskim i vzroslym privivkam i praktiki vaksinat-sii ot grippa. Fond obshchestvennogo mneniya. Ofitsial'nyy sayt*]. Available at: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14156> (in Russian).
17. Erofeeva M. K., Maksakova V. L., Shahlanskaya E. V., Stukova M. A. Opportunities of modern influenza vaccine prevention. *Poliklinika*. 2020;1(2):52–6 (in Russian).
18. Chesnokova O. Parents are sentenced to two months in prison for refusing to vaccinate their children in France. Available at: https://vademec.ru/news/2016/01/13/vo_frantsii_roditeley_prigovorili_k_dvum_mesyatsam_tyurmy_za_otkaz_ot_vaksinat-sii_detey/ (in Russian).
19. On immunization of infectious diseases: Federal Law of 17.09.1998 No. 157-FZ (as amended on 28.11.2018) [*Ob immunoprofilaktike infektsionnykh bolezney: Federal'nyy zakon ot 17.09.1998 № 157-FZ (red. ot 28.11.2018)*]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_20315/ (in Russian).
20. A large-scale influenza vaccination program in Moscow will begin on 1 September. Mosgorzdrav. Official site [*Masshtabnaya programma po vaksinat-sii ot grippa v Moskve nachnetsya 1 sentyabrya. Mosgorzdrav. Ofitsial'nyy sayt*]. Available at: <https://mosgorzdrav.ru/RU/news/default/card/4575.html> (in Russian).
21. Kim Y. K., Song J. Y., Jang H. Cost Effectiveness of Quadrivalent Influenza Vaccines Compared with Trivalent Influenza Vaccines in Young Children and Older Adults in Korea. *Pharmacoeconomics*. 2018;36(12):1475–90.
22. De Boer P. T., Crépey P., Pitman R. J., Macabeo B., Chit A., Postma M. J. Cost-Effectiveness of Quadrivalent versus Trivalent Influenza Vaccine in the United States. *Value Health*. 2016;19(8):964–75.

© Коллектив авторов, 2021

УДК 614.2

Вошева Н. А.¹, Камынина Н. Н.^{1,2}, Короткова Е. О.¹, Вошев Д. В.¹**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К ВАКЦИНАЦИИ ОТ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ И В РОССИИ**¹ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, г. Москва;²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва

В мире вакцинация от COVID-19 определена как решающий фактор прекращения пандемии, в связи с чем разработка и клинические испытания вакцины ведутся ускоренными темпами. При этом успех любой программы массовой иммунизации, в том числе на глобальном уровне, напрямую зависит от желания населения пройти вакцинацию.

Цель исследования — изучение мнения населения разных стран о вакцинации от коронавирусной инфекции COVID-19, а также выявление факторов, способствующих или препятствующих росту приверженности мероприятиям по иммунизации.

Поиск релевантных материалов осуществлялся в библиографических базах данных eLIBRARY.RU, PubMed, MEDLINE, Scopus, Google Scholar. Кроме того, проведен анализ первичных данных исследований мнения россиян о вакцинации от коронавируса.

Изучение отношения населения разных стран к вакцинации от коронавирусной инфекции COVID-19 позволило выявить основные факторы, влияющие на степень готовности к массовой иммунизации, в том числе степень личного восприятия риска заражения COVID-19, страх перед коронавирусной инфекцией, отношение к вакцинации от гриппа и страх перед прививкой, во многом обусловленный дезинформацией относительно эффективности, действенности и безопасности вакцины.

Сделан вывод, что проводимые разными странами исследования общественного мнения важны, потому что дают бесценную информацию для реализации государственной политики, направленной на улучшение медицинского обслуживания, в частности на разработку эффективных кампаний вакцинации против COVID-19 с определением групп высокого риска, социально и экономически уязвимых лиц, для которых вакцинация будет первоочередна и бесплатна, а также установлением платы за вакцинацию для других групп исходя из их готовности платить.

Ключевые слова: общественное мнение; вакцинация; коронавирус; COVID-19.

Для цитирования: Вошева Н. А., Камынина Н. Н., Короткова Е. О., Вошев Д. В. Сравнительный анализ отношения населения к вакцинации от коронавирусной инфекции COVID-19 в зарубежных странах и в России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):220—226. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-220-226>

Для корреспонденции: Вошева Надежда Александровна, аналитик ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», e-mail: VoshevaNA@zdrav.mos.ru

N. A. Vosheva¹, N. N. Kamynina¹, E. O. Korotkova¹, D. V. Voshev¹**THE COMPARATIVE ANALYSIS OF POPULATION ATTITUDE TO VACCINATION AGAINST COVID-19 INFECTION IN FOREIGN COUNTRIES AND IN RUSSIA**¹Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia;²The Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

The COVID-19 vaccination is considered as decisive factor in termination of pandemic. Hence, the vaccine development and clinical trials are carried on in an accelerated rate. At that, success of any mass immunization program, including its global application, directly depends on population willingness to be vaccinated. The purpose of the study is to investigate opinions about COVID-19 vaccination in various countries and to identify factors contributing to or hindering to increasing commitment to immunization. Methods and materials. The search of relevant data was implemented through such bibliographic databases as eLIBRARY.RU, PubMed, MEDLINE, Scopus and Google Scholar. Moreover, the primary research data concerning opinions of Russians about coronavirus infection vaccination was analyzed. Results. The cross-country study of opinions about COVID-19 vaccination permitted to identify main factors impacting degree of readiness to mass immunization, including fear and personal perceptions of risk of COVID-19 infection, attitudes to influenza vaccination and fear of vaccination, mainly due to disinformation about efficiency, efficacy and safety of the vaccine. Conclusion. The conclusion was made that public opinion surveys implemented in various countries are important because they provide priceless information for implementing public policy targeted to improve health care support, in particular to develop effective vaccination campaigns against COVID-19, identifying high-risk groups, socially and economically vulnerable individuals for whom vaccination is to be paramount and free, and also setting vaccination fees for other groups based on their readiness to pay.

Keywords: public opinion; vaccination; coronavirus; COVID-19.

For citation: Vosheva N. A., Kamynina N. N., Korotkova E. O., Voshev D. V. The comparative analysis of population attitude to vaccination against COVID-19 infection in foreign countries and in Russia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):220—226 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-220-226>

For correspondence: Vosheva N. A., the Analyst of the State Budget Institution “The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management of the Moscow Health Care Department”. e-mail: VoshevaNA@zdrav.mos.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 29.07.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Пандемия COVID-19 затронула интересы людей всего мира: несмотря на некоторые успехи в борьбе с коронавирусной инфекцией, до сих пор происходят огромные социальные и экономические потери хозяйствующих субъектов и населения. В таких условиях ценность разработки эффективной вакцины против COVID-19 не вызывает сомнения, однако до сих пор ни одно средство не получило общемирового одобрения.

Разработка вакцины против COVID-19 ведется исследовательскими компаниями и группами ученых во многих странах мира при тесном сотрудничестве со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), задача которой состоит в том, чтобы в случае успеха гарантировать справедливое распределение безопасной и эффективной вакцины в мировом масштабе [1]. Другими словами, стоимость вакцины не должна быть ограничительным фактором для ее массового применения [2].

Согласно исследованию Сеченовского Университета, для снижения уровня заболеваемости и появления коллективного иммунитета доля привитого населения должна составлять минимум 52—64% [3]. Таким образом, для эффективной реализации программы вакцинации необходимо детальное изучение отношения населения к вакцинации. Информационная политика государства должна быть нацелена на устранение дезинформации, сомнений и беспоконья по поводу безопасности и пригодности вакцин [4, 5].

Целью данной работы стало исследование мнения населения разных стран о вакцинации от коронавирусной инфекции COVID-19, а также выявление факторов, способствующих или препятствующих росту приверженности мероприятиям по иммунизации.

Материалы и методы

При подготовке работы поиск релевантных материалов осуществлялся в библиографических базах данных eLIBRARY.RU, PubMed, MEDLINE, Scopus, Google Scholar по ключевым словам: «общественное мнение», «вакцинация», «коронавирус», «COVID-19». Критериями включения источника в исследование были язык публикации (русский, английский), наличие данных о целях, методах и результатах исследования. Критерием исключения источника из исследования было отсутствие аннотации или полного текста, а также несоответствие заданной проблематике работы.

Кроме того, был проведен анализ первичных данных исследований мнения россиян о вакцинации от коронавирусной инфекции, размещенных на официальных сайтах Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), Фонда «Общественное мнение» (ФОМ) и Центра социального проектирования «Платформа».

Результаты исследования

Анализ зарубежных исследований, посвященных изучению отношения населения (в том числе медицинских работников) к вакцинации от COVID-19, продемонстрировал *отсутствие четкой зависимости между готовностью населения делать прививки и позицией страны в рейтинге Индекса человеческого развития* (Human Development Index; далее — Рейтинг), который часто называют рейтингом стран мира по уровню жизни, публикуемым в рамках Программы развития ООН [6].

К примеру, проведенное в Египте (116-е место в Рейтинге) в марте 2020 г. исследование [7] отражает очень высокую степень принятия иммунизации населения от коронавирусной инфекции: 73% респондентов с нетерпением ожидали, когда вакцина будет доступна, 15,6% скорее согласились бы принять будущую вакцину, 4,3% сомневались, а 2 и 5,2% были не готовы или полностью отрицали вакцинацию от COVID-19.

Исследование отношения населения к вакцинации, проведенное в Израиле [8] (19-е место в Рейтинге) в марте 2020 г. (через 1 нед после введения обязательного карантина), демонстрирует аналогично высокие показатели: 75% опрошенных сообщили о своем согласии с вакцинацией от COVID-19, если она станет доступна. Израильские исследователи также выдвинули гипотезу о зависимости степени принятия вакцинации от личного восприятия риска, более высокая степень которого характерна для людей, вынужденных взаимодействовать с больными коронавирусной инфекцией, в том числе медицинских работников. Так, медицинские бригады в отделениях COVID-19 показывают более высокие показатели готовности приема вакцинации (94%) по сравнению с медицинскими бригадами отделений без COVID-19 (77%).

К аналогичному выводу пришли ученые в результате опроса, проводимого с 28 марта по 4 апреля 2020 г. в странах Персидского залива: Бахрейне, Кувейте, Саудовской Аравии и Объединенных Арабских Эмиратах [9]. Большинство (72,7%) респондентов очень высоко и высоко оценивали вероятность своего участия в национальных программах вакцинации, при этом для задействованных в секторе здравоохранения указанный показатель составил 74,6%.

Ученые Франции (26-е место в Рейтинге) на основании опроса населения, проведенного с 26 марта по 20 апреля 2020 г. [10], к числу факторов, формирующих положительное отношение к вакцинации, помимо индивидуального предполагаемого риска и работы в сфере здравоохранения относят пожилой возраст, мужской пол и страх перед COVID-19, на который может повлиять дезинформация о безопасности вакцины. Возможно, это связано с тем, что независимые исследования демонстрируют более высокий риск осложнений COVID-19 и смерти среди лиц пожилого возраста и мужчин [11]. По результатам опроса, 77,6% участников обязательно

или вероятно согласятся пройти вакцинацию от COVID-19 (для мужчин этот показатель составляет 83,1%), 47,6% — обязательно или вероятно согласятся участвовать в клинических испытаниях вакцины (для возрастной группы 50—64 года этот показатель составляет 56,8%, для возрастной группы 65—80 лет — 58,7%).

К аналогичным выводам пришли исследователи общественного мнения в Италии и Греции, но показатели были существенно ниже. Общенациональный опрос в Италии [12] (29-е место в Рейтинге; 16—18 сентября 2020 г.) показал, что 40,8% населения сообщили о намерении пройти вакцинацию от гриппа грядущей зимой (среди лиц в возрасте 55 лет и старше — 58,8%). В Греции (32-е место в Рейтинге) первая волна исследования (с 10 по 25 февраля 2020 г.) [13] была посвящена отношению медицинских работников к COVID-19: только 43,3% респондентов были готовы пройти вакцинацию (среди мужчин — 58,5%). Вторая волна исследования (с 15 апреля по 2 мая 2020 г.) [14] охватила все взрослое население: 49,3% участников отметили, что обязательно или вероятно согласятся пройти вакцинацию от COVID-19.

Примерами влияния дезинформации населения о безопасности вакцины на показатели готовности делать прививки от коронавирусной инфекции являются исследования, проведенные в Нигерии и Конго. В Нигерии проведенный с 6 по 19 апреля 2020 г. опрос взрослого населения [15] показал, что, если вакцины против COVID-19 будут разработаны и станут доступными, только 29% респондентов согласятся пройти вакцинацию. В Конго [16] опрос проводился с начала марта по конец апреля 2020 г. и был посвящен восприятию вакцинации медицинскими работниками: только 27,7% респондентов заявили, что приняли бы вакцину от COVID-19, если бы она была доступна. По результатам обоих опросов исследователи делают вывод, что неприятие и/или нерешительность в отношении вакцины против COVID-19 могут быть связаны с опасениями и неправильными представлениями, которые распространяются в СМИ.

В Гонконге (Китай) с 26 февраля по 31 марта 2020 г. проведено исследование среди медсестер [17], нацеленное на оценку степени принятия вакцинации против COVID-19, а также причин отказа или колебаний в отношении этой вакцинации. Помимо зависимости вакцинации от страхов относительно эффективности, действенности и безопасности прививки, была выявлена зависимость от текущей вакцинации от гриппа, а также от наличия хронических болезней у респондентов. Так, по данным опроса, 40% участников намеревались принять вакцинацию против COVID-19, этот показатель выше для респондентов с хроническими заболеваниями (46,1%) и респондентов, которые в настоящее время вакцинированы против сезонного гриппа (52,7%).

Аналогичные опросы проводились в ряде других стран. В Великобритании [18] с 19 апреля по 11 мая 2020 г. изучалось мнение родителей и опекунов о

приемлемости будущей вакцины COVID-19 для них самих и их детей. Большинство участников опроса сообщили, что они, вероятно, приняли бы вакцину от COVID-19 для себя (определенно — 55,8%, возможно — 34,3%) и своих детей (определенно — 48,2%, возможно — 40,9%). В Женеве (Швейцария) с 27 мая по 27 июня 2020 г. изучалось общественное мнение [19] по поводу возможного введения серологических сертификатов иммунитета от COVID-19 и сертификатов о вакцинации. При наличии эффективной вакцины 55% участников согласились с тем, что вакцинация должна быть обязательной, а 49% согласились с тем, что свидетельство о вакцинации должно быть обязательным. В Чили и Малайзии были проведены исследования с целью оценить готовность человека платить за гипотетическую вакцину COVID-19. Результаты опроса в Чили [20] с 18 апреля по 5 мая 2020 г. показали, что готовность человека платить зависит от наличия хронического заболевания, знания COVID-19, наличия заболевания COVID-19 и излечения от него, восприятия деятельности правительства, статуса занятости, дохода, формы медицинского обслуживания, адаптации к карантину с детьми дома. Готовность индивидуума платить составляет 184,72 доллара США. В Малайзии [21] 48,2% респондентов сообщили, что определенно хотят получить вакцину, 29,8% — вероятно, 16,3% — возможно. При этом 28,9% участников были готовы заплатить за вакцину 23 доллара США, 27,2% — 11,5 доллара США.

В США во второй половине марта 2020 г. проведено любопытное исследование [22] с целью проверки взаимосвязи теорий заговора с готовностью к вакцинации от коронавируса. Авторы исследования приходят к выводу, что вера в теории заговора оказывает негативное влияние на отношение к массовой иммунизации населения, так же как дезинформация о вакцинации в СМИ. Другое исследование [23], проведенное в июле 2020 г., оценивает влияние атрибутов вакцины на принятие решения о вакцинации. Более высокая вероятность выбора вакцины и повышение готовности пройти вакцинацию связаны с увеличением эффективности, увеличением продолжительности защитного действия вакцины, снижением частоты серьезных побочных эффектов. С более низкой вероятностью выбора вакцины связаны разрешение FDA на экстренное использование по сравнению с полным разрешением FDA и иностранное производство (не в США) вакцины.

Высокую ценность представляет серия опросов, проводимых Гамбургским центром экономики здравоохранения [24], посвященных проблемам и отношению людей к пандемии COVID-19 и их готовности к вакцинации [25]. В опросах принимали участие жители семи европейских стран: Дании, Франции, Германии, Италии, Португалии, Нидерландов и Великобритании. Динамика опросов (каждые 2 мес с апреля по ноябрь 2020 г.) показывает, что в апреле 2020 г. 73,9% респондентов были готовы пройти вакцинацию против COVID-19 при условии ее доступности, а в ноябре этот показатель со-

COVID-19

ставил 57%. Исследователи полагают, что рост количества отказов от вакцинации может быть связан с тем, что вакцина от COVID-19 разрабатывается слишком быстро и может быть применена экспериментально без каких-либо исследований побочных эффектов. Общественность должна быть уверена, что любая вакцина, которая станет доступной, будет безопасной и эффективной. В противном случае существует риск потерять доверие общества к конкретной вакцине и вакцинации против коронавируса в целом [26], что может поставить под угрозу коллективный иммунитет.

Вышеуказанную тенденцию удалось отметить и в России. В качестве основных источников первичных данных исследований мнения россиян о вакцинации от коронавирусной инфекции COVID-19 в динамике использовались социологические исследования ВЦИОМ, ФОМ и Центра социального проектирования «Платформа». На момент написания статьи было опубликовано 4 таких исследования.

Апрельское исследование Центра социального проектирования «Платформа», проведенное до появления информации о реальной возможности создания вакцины в ближайшее время, показало, что 63% респондентов готовы вакцинироваться против COVID-19, если это будет бесплатно, 24% опрошенных не планируют вакцинироваться (самый высокий процент отказа отмечен среди женщин 25—44 лет — 31%). Самыми распространенными причинами отказа являются отсутствие необходимости делать прививку (19%), отсутствие веры в эффективность прививок, так как вирусы мутируют (18%), нет доверия новой вакцине, которая внедряется слишком быстро, не пройдя всех проверок, страх непроверенного и непредсказуемого эффекта (11%), заведомая опасность конкретной прививки (9%), наличие противопоказаний (4%) [27].

Согласно майскому опросу ВЦИОМ, приуроченному к анонсированию появления вакцины против COVID-19 к концу лета 2020 г., 59% россиян хотели бы сделать прививку от коронавируса. Готовность сделать прививку против коронавируса была выше среди мужчин (63%) и респондентов в возрасте 45—59 лет (63%) и 70% в группе 60+. При этом 47% россиян предпочли бы вакцину отечественного производителя, 12% — иностранного, а 37% сообщили, что для них не имеет значения, чье производство вакцина [28].

По данным всероссийского опроса ФОМ, проведенного в ноябре 2020 г. после регистрации вакцин «Спутник V» и «ЭпиВакКорона» и в преддверии начала массовой вакцинации населения, только 42% опрошенных допускали для себя возможность в ближайшее время сделать прививку от коронавируса; 68% участников опроса обращали внимание на страну — производителя вакцины от коронавируса, из них 51% предпочли бы российскую вакцину, 18% — немецкую, 9% — американскую; остальные страны назывались реже [29].

После начала массовой вакцинации 23.12.2020 г. ВЦИОМ проведено еще одно исследование, соглас-

но которому сделать прививку вакциной от коронавируса собираются 38% россиян, чаще в возрасте 45—59 лет (44%) и 60+ (49%), из них 84% отдали бы предпочтение отечественной вакцине, а 7% — иностранной. Не желают делать прививку 52% респондентов, выше эта доля среди молодых россиян 25—34 лет (70%). Те, кто не собирается вакцинироваться, руководствуются в первую очередь тем, что вакцина плохо изучена, слишком быстро изобретена и нужно посмотреть, как она будет работать (23%). О недоверии и страхе перед вакцинацией говорят 16% респондентов, а 13% мотивируют свой отказ наличием противопоказаний [30].

Анализ представленных социологических исследований в Российской Федерации позволяет сделать вывод о снижении готовности населения делать прививки от коронавируса (с 63 до 38% за исследуемый период), что может быть обусловлено притуплением чувства страха перед самой коронавирусной инфекцией и увеличением количества опасений, вызванных тем фактом, что вакцина была слишком быстро изобретена и не прошла третий этап исследования (рост количества респондентов, отметивших этот фактор, с 11 до 23%). Окончание третьей фазы исследования вакцины «Спутник V» запланировано на 01.05.2021 г. По состоянию на 14.12.2020 г. эффективность вакцины оценивалась среди 22 714 добровольцев после 21 дня с момента получения первого компонента препарата или плацебо и составляла 91,4% [31].

Таким образом, исследование отношения населения разных стран к вакцинации от коронавирусной инфекции COVID-19 позволило авторам работы выявить некоторые общие тренды, оказывающие влияние на степень готовности к массовой иммунизации. Следует отметить, что уровень принятия программ вакцинации различается по странам и слабо коррелирует с уровнем жизни в стране, однако в целом в настоящее время он является недостаточно высоким для того, чтобы обеспечить формирование коллективного иммунитета в мировом масштабе.

Основными факторами, влияющими на принятие положительного решения в части вакцинации от коронавирусной инфекции, являются:

- высокая степень личного восприятия риска заражения COVID-19, которая может быть обусловлена: постоянным взаимодействием с большими коронавирусами инфекцией (в частности, медицинскими работниками), пожилым возрастом, хроническими заболеваниями, гендерной принадлежностью (мужской пол);
- страх перед коронавирусной инфекцией;
- положительное отношение к вакцинации от гриппа.

Основным препятствием, ведущим к отказу от вакцинации, является страх перед прививкой, во многом обусловленный дезинформацией относительно эффективности, действенности и безопасности вакцины. Он может выражаться в отсутствии веры в эффективность и необходимость прививок

либо в отсутствии доверия к новой вакцине в связи со скоростью внедрения и небольшой доказательной базой ее безопасности.

Поскольку для граждан большинства рассматриваемых в работе стран характерна высокая степень неуверенности в вакцинации от COVID-19, в долгосрочной перспективе авторы видят необходимость в разработке/усилении национальных стратегий и программ санитарного просвещения, направленных на создание положительного имиджа массовой иммунизации населения, контроль антипрививочного движения, а также устранение имеющейся дезинформации в части эффективности и безопасности прививок.

В краткосрочной перспективе кажется целесообразным проведение информационных кампаний, посвященных вакцинации от коронавирусной инфекции, основной фокус которых направлен на людей моложе 45 лет с целью привлечения их внимания к осознанию своей роли в контроле распространения COVID-19. Кампании, акцентирующие внимание на социальных преимуществах вакцинации, могут положительно повлиять на тех, кто поддается таким просоциальным мотивам. Однако для достижения желаемого эффекта указанные кампании должны опираться на убедительные доказательства безопасности и эффективности вакцины, что включает в себя четкое и максимально полное информирование о потенциальных побочных эффектах вакцины. Наконец, в случае успеха указанных кампаний и скачкообразного роста готовности населения делать прививки от коронавируса руководящим органам следует подготовиться к распределению препарата на справедливой и эффективной основе. Чтобы предотвратить неравенство в использовании, крайне важно понимать и устранять факторы, которые могут повлиять на приемлемость вакцины против COVID-19 среди этнических меньшинств и групп с низким доходом, которые непропорционально сильно затронуты COVID-19.

Заключение

Во всем мире вакцинация от COVID-19 определена как решающий фактор прекращения пандемии, в связи с чем разработка и клинические испытания вакцины ведутся ускоренными темпами. При этом успех любой программы массовой иммунизации, в том числе на глобальном уровне, напрямую зависит от желания населения пройти вакцинацию.

Особенность ситуации состоит в том, что еще нет вакцины с общепризнанной доказанной эффективностью и безопасностью (клинические испытания не завершены). Поэтому параллельно с разработкой и клиническими испытаниями новых вакцин необходимо изучать общественное отношение к ним.

Проводимые разными странами исследования общественного мнения важны, потому что дают бесценную информацию для реализации государственной политики, направленной на улучшение медицинского обслуживания, в частности на разработку эффективных кампаний вакцинации против

COVID-19 с определением групп высокого риска, социально и экономически уязвимых лиц, для которых вакцинация будет первостепенна и бесплатна, а также установлением платы за вакцинацию для других групп, исходя из их готовности платить.

Отсутствие социологических исследований по заданной теме и анализа динамики данных может привести к социальной напряженности и снижению эффективности принимаемых по борьбе с пандемией мер, в частности вакцинации.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. R&D Blueprint and COVID-19. Режим доступа: <https://www.who.int/teams/blueprint/covid-19> (дата обращения 28.12.2020).
2. Онищенко Г. Г., Сизикова Т. Е., Лебедев В. Н., Борисевич С. В. Анализ перспективных направлений создания вакцин против COVID-19. *БИОпрепараты. Профилактика, диагностика, лечение*. 2020;20(4):216—27. doi: 10.30895/2221-996X-2020-20-4-216-227
3. Чехова В. Коллективный иммунитет: есть ли у человечества шанс победить COVID-19. Режим доступа: <https://www.sechenov.ru/pressroom/news/kollektivnyy-immunitet-est-li-u-chelovechestva-shans-pobedit-covid-19/> (дата обращения 25.12.2020).
4. Siciliani L., Wild C., McKee M. Strengthening Vaccination programmes and health systems in the European Union: a framework for action. *Health Policy*. 2020;124(5):511—8. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.02.015
5. Korn L., Betsch C., Bohm R., Meier N. W. Social nudging: the effect of social feedback interventions on vaccine uptake. *Health Psychol*. 2018;37(11):1045—54. doi: 10.1037/hea0000668
6. Официальный сайт Индекса человеческого развития. Режим доступа: <http://hdr.undp.org/en/countries> (дата обращения 28.12.2020).
7. Keszei Z., Vendrell X. M., Soultsioti M. 100 days of solitude: The spring of COVID-19 through the eyes of 15 young virologists of the INITIATE program. *Virus Res*. 2020;287:198093. doi: 10.1016/j.virusres.2020.198093
8. Dror A. A., Eisenbach N., Taiber S. Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. *Eur. J. Epidemiol*. 2020;35(8):775—9. doi: 10.1007/s10654-020-00671-y
9. Ali K. F., Whitebridge S., Jamal M. H. Perceptions, Knowledge, and Behaviors Related to COVID-19 Among Social Media Users: Cross-Sectional Study. *J. Med. Intern. Res*. 2020;22(9):e19913. doi: 10.2196/19913
10. Detoc M., Bruel S., Frappe P. Intention to participate in a COVID-19 vaccine clinical trial and to get vaccinated against COVID-19 in France during the pandemic. *Vaccine*. 2020;38(45):7002—6. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.09.041
11. Galbadage T., Peterson B. M., Awada J. Systematic Review and Meta-Analysis of Sex-Specific COVID-19 Clinical Outcomes. *Front. Med*. 2020;7(348):1—15. doi: 10.3389/fmed.2020.00348
12. La Vecchia C., Negri E., Alicandro G., Scarpino V. Attitudes towards influenza vaccine and a potential COVID-19 vaccine in Italy and differences across occupational groups, September 2020. *Med. Lav*. 2020;111(6):445—8. doi: 10.23749/mdl.v111i6.10813
13. Papagiannis D., Malli F., Raptis D. G. Assessment of Knowledge, Attitudes, and Practices towards New Coronavirus (SARS-CoV-2) of Health Care Professionals in Greece before the Outbreak Period. *Int. J. Environ. Res. Pub. Health*. 2020;17(14):4925. doi: 10.3390/ijerph17144925
14. Mouchtouri V. A., Agathagelidou E., Kofonikolas K. Nationwide Survey in Greece about Knowledge, Risk Perceptions, and Preventive Behaviors for COVID-19 during the General Lockdown in April 2020. *Int. J. Environ. Res. Pub. Health*. 2020;17(23):8854. doi: 10.3390/ijerph17238854
15. Reuben R. C., Danladi M. M. A., Saleh D. A., Ejembi P. E. Knowledge, Attitudes and Practices Towards COVID-19: An Epidemiological Survey in North-Central Nigeria. *J. Community Health*. 2020;7:1—14. doi: 10.1007/s10900-020-00881-1

COVID-19

16. Kabamba Nzaji M., Kabamba Ngombe L., Ngoie Mwamba G. Acceptability of Vaccination Against COVID-19 Among Healthcare Workers in the Democratic Republic of the Congo. *Pragmat. Obs. Res.* 2020;11:103—9. doi: 10.2147/POR.S271096
17. Wang K., Wong E. L. Y., Ho K. F. Intention of nurses to accept coronavirus disease 2019 vaccination and change of intention to accept seasonal influenza vaccination during the coronavirus disease 2019 pandemic: A cross-sectional survey. *Vaccine.* 2020;38(45):7049—56. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.09.021
18. Bell S., Clarke R., Mounier-Jack S. Parents' and guardians' views on the acceptability of a future COVID-19 vaccine: A multi-methods study in England. *Vaccine.* 2020;38(49):7789—98. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.10.027
19. Nehme M., Stringhini S., Guessous I. Perceptions of immunity and vaccination certificates among the general population: a nested study within a serosurvey of anti-SARS-CoV-2 antibodies (SERO-CoV-POP). *Swiss Med. Wkly.* 2020;150:w20398. doi: 10.4414/smw.2020.20398
20. García L. Y., Cerda A. A. Contingent assessment of the COVID-19 vaccine. *Vaccine.* 2020;38(34):5424—9. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.06.068
21. Wong L. P., Alias H., Wong P. F. The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay. *Hum. Vaccin. Immunother.* 2020;16(9):2204—14. doi: 10.1080/21645515.2020.1790279
22. Romer D., Jamieson K. H. Conspiracy theories as barriers to controlling the spread of COVID-19 in the U. S. *Soc. Sci. Med.* 2020;263:113356. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113356
23. Kreps S., Prasad S., Brownstein J. S. Factors Associated with US Adults' Likelihood of Accepting COVID-19 Vaccination. *JAMA Netw. Open.* 2020;3(10):e2025594. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.25594
24. Официальный сайт Гамбургского центра экономики здравоохранения. Режим доступа: <https://www.hche.uni-hamburg.de/en/corona.html> (дата обращения 28.12.2020).
25. Neumann-Böhme S., Varghese N. E., Sabat I. Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. *Eur. J. Health Econ.* 2020;21(7):977—82. doi: 10.1007/s10198-020-01208-6
26. Jiang S. Don't rush to deploy COVID-19 vaccines and drugs without sufficient safety guarantees. *Nature.* 2020;579:321. doi: 10.1038/d41586-020-00751-9
27. Исследование Центра социального проектирования «Платформа» в рамках работы «Социологического антикризисного центра». Исследование социальных эффектов пандемии COVID-19. 29.04.2020. Режим доступа: <https://pltf.ru/2020/04/29/omi-i-platforma-socialnye-jeffekty-pandemii-3/> (дата обращения 25.12.2020).
28. Аналитический обзор ВЦИОМ. Вакцинация против COVID-2019: перспективы и ожидания. Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vakzinacziya-protiv-covid-2019-perspektivy-i-ozhidaniya> (дата обращения 28.12.2020).
29. Официальный сайт Фонда «Общественное мнение». Установка на вакцинацию и вакцина «Спутник V». Режим доступа: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14515> (дата обращения 21.12.2020).
30. Аналитический обзор ВЦИОМ. Вакцинация: ключ на старт! Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vakcinacija-kljuch-na-start> (дата обращения 25.12.2020).
31. Официальный сайт вакцины «Спутник V». Режим доступа: <https://sputnikvaccine.com/rus/newsroom/pressreleases/effektivnost-vaktsiny-sputnik-v-na-urovne-91-4-podtverzhdena-v-rezultate-analiza-dannykh-v-zaklyuchi/> (дата обращения 25.12.2020).
- 2020;20(4):216—27. doi: 10.30895/2221-996X-2020-20-4-216-227 (in Russian).
3. Chekhova V. Collective immunity: does humanity have a chance to defeat COVID-19. Available at: <https://www.sechenov.ru/press-room/news/kollektivnyy-immunitet-est-li-u-chelovechestva-shans-pobedit-covid-19/> (accessed 25.12.2020) (in Russian).
4. Siciliani L., Wild C., McKee M. Strengthening Vaccination programmes and health systems in the European Union: a framework for action. *Health Policy.* 2020;124(5):511—8. doi: 10.1016/j.healthpol.2020.02.015
5. Korn L., Betsch C., Bohm R., Meier N. W. Social nudging: the effect of social feedback interventions on vaccine uptake. *Health Psychol.* 2018;37(11):1045—54. doi: 10.1037/hea0000668
6. Official website of the Human Development Index [Официальный сайт Индекса человеческого развития]. Available at: <http://hdr.undp.org/en/countries> (accessed 28.12.2020) (in Russian).
7. Keszei Z., Vendrell X. M., Soultioti M. 100 days of solitude: The spring of COVID-19 through the eyes of 15 young virologists of the INITIATE program. *Virus Res.* 2020;287:198093. doi: 10.1016/j.virusres.2020.198093
8. Dror A. A., Eisenbach N., Taiber S. Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. *Eur. J. Epidemiol.* 2020;35(8):775—9. doi: 10.1007/s10654-020-00671-y
9. Ali K. F., Whitebridge S., Jamal M. H. Perceptions, Knowledge, and Behaviors Related to COVID-19 Among Social Media Users: Cross-Sectional Study. *J. Med. Intern. Res.* 2020;22(9):e19913. doi: 10.2196/19913
10. Detoc M., Bruel S., Frappe P. Intention to participate in a COVID-19 vaccine clinical trial and to get vaccinated against COVID-19 in France during the pandemic. *Vaccine.* 2020;38(45):7002—6. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.09.041
11. Galbadage T., Peterson B. M., Awada J. Systematic Review and Meta-Analysis of Sex-Specific COVID-19 Clinical Outcomes. *Front. Med.* 2020;7(348):1—15. doi: 10.3389/fmed.2020.00348
12. La Vecchia C., Negri E., Alicandro G., Scarpino V. Attitudes towards influenza vaccine and a potential COVID-19 vaccine in Italy and differences across occupational groups, September 2020. *Med. Lav.* 2020;111(6):445—8. doi: 10.23749/mdl.v111i6.10813
13. Papagiannis D., Malli F., Raptis D. G. Assessment of Knowledge, Attitudes, and Practices towards New Coronavirus (SARS-CoV-2) of Health Care Professionals in Greece before the Outbreak Period. *Int. J. Environ. Res. Pub. Health.* 2020;17(14):4925. doi: 10.3390/ijerph17144925
14. Mouchtouri V. A., Agathagelidou E., Kofonikolas K. Nationwide Survey in Greece about Knowledge, Risk Perceptions, and Preventive Behaviors for COVID-19 during the General Lockdown in April 2020. *Int. J. Environ. Res. Pub. Health.* 2020;17(23):8854. doi: 10.3390/ijerph17238854
15. Reuben R. C., Danladi M. M. A., Saleh D. A., Ejembi P. E. Knowledge, Attitudes and Practices Towards COVID-19: An Epidemiological Survey in North-Central Nigeria. *J. Community Health.* 2020;7:1—14. doi: 10.1007/s10900-020-00881-1
16. Kabamba Nzaji M., Kabamba Ngombe L., Ngoie Mwamba G. Acceptability of Vaccination Against COVID-19 Among Healthcare Workers in the Democratic Republic of the Congo. *Pragmat. Obs. Res.* 2020;11:103—9. doi: 10.2147/POR.S271096
17. Wang K., Wong E. L. Y., Ho K. F. Intention of nurses to accept coronavirus disease 2019 vaccination and change of intention to accept seasonal influenza vaccination during the coronavirus disease 2019 pandemic: A cross-sectional survey. *Vaccine.* 2020;38(45):7049—56. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.09.021
18. Bell S., Clarke R., Mounier-Jack S. Parents' and guardians' views on the acceptability of a future COVID-19 vaccine: A multi-methods study in England. *Vaccine.* 2020;38(49):7789—98. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.10.027
19. Nehme M., Stringhini S., Guessous I. Perceptions of immunity and vaccination certificates among the general population: a nested study within a serosurvey of anti-SARS-CoV-2 antibodies (SERO-CoV-POP). *Swiss Med. Wkly.* 2020;150:w20398. doi: 10.4414/smw.2020.20398

Поступила 29.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Official website of the World Health Organization. R&D Blueprint and COVID-19 [Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. R&D Blueprint and COVID-19]. Available at: <https://www.who.int/teams/blueprint/covid-19> (accessed 28.12.2020) (in Russian).
2. Onishchenko G. G., Sizikova T. E., Lebedev V. N., Borisevich S. V. Analysis of promising directions for creating vaccines against COVID-19. *BIOpreparaty. Profilaktika, diagnostika, lechenie.*

22. Romer D., Jamieson K. H. Conspiracy theories as barriers to controlling the spread of COVID-19 in the U. S. *Soc. Sci. Med.* 2020;263:113356. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113356
23. Kreps S., Prasad S., Brownstein J. S. Factors Associated with US Adults' Likelihood of Accepting COVID-19 Vaccination. *JAMA Netw. Open.* 2020;3(10):e2025594. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.25594
24. Official website of the Hamburg Center for Health Economics Available at: <https://www.hche.uni-hamburg.de/en/corona.html> (accessed 28.12.2020).
25. Neumann-Böhme S., Varghese N. E., Sabat I. Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. *Eur. J. Health Econ.* 2020;21(7):977—82. doi: 10.1007/s10198-020-01208-6
26. Jiang S. Don't rush to deploy COVID-19 vaccines and drugs without sufficient safety guarantees. *Nature.* 2020;579:321. doi: 10.1038/d41586-020-00751-9
27. Research of the Center for Social Design «Platform» within the framework of the «Sociological Anti-Crisis Center». A study on the social effects of the COVID-19 pandemic. 04/29/2020 [*Issledovanie Centra social'nogo proektirovaniya «Platforma» v ramkah raboty «Sociologicheskogo antikrizisnogo centra». Issledovanie social'nyh efektov pandemii COVID-19. 29.04.2020*]. Available at: <https://pltf.ru/2020/04/29/omi-i-platforma-socialnye-jeffekty-pandemii-3/> (accessed 25.12.2020) (in Russian).
28. Analytical review of VTsIOM. Vaccination against COVID-2019: prospects and expectations [*Analiticheskij obzor VCIOM. Vakcinaciya protiv COVID-2019: perspektivy i ozhidaniya*]. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vakczinacziya-protiv-covid-2019-perspektivy-i-ozhidaniya> (accessed 28.12.2020) (in Russian).
29. Official site of the Public Opinion Foundation. Installation for vaccination and vaccine «Sputnik V» [*Oficial'nyj sajt Fonda «Obshchestvennoe mnenie». Ustanovka na vakcinaciyu i vakcina «Sputnik V»*]. Available at: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14515> (accessed 21.12.2020) (in Russian).
30. Analytical review of VCIOM. Vaccination: the key to the start! [*Analiticheskij obzor VCIOM. Vakcinaciya: klyuch na start!*]. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vakcinacija-kljuch-na-start> (accessed 25.12.2020) (in Russian).
31. Official website of the Sputnik V vaccine [*Oficial'nyj sait vakciny «Sputnik V»*]. Available at: <https://sputnikvaccine.com/rus/newsroom/pressreleases/effektivnost-vaktsiny-sputnik-v-na-urovne-91-4-podtverzhdena-v-rezultate-analiza-dannykh-v-zaklyuchi/> (accessed 25.12.2020) (in Russian).

Здоровье и общество

© Коллектив авторов, 2021
УДК 614.1

Хабриев Р. У.¹, Черкасов С. Н.^{1,2}, Григорьев Г. Ю.², Федяева А. В.²

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ В ВОЗРАСТЕ 40 ЛЕТ И СТАРШЕ

¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

²ФГБНУ «Институт проблем управления имени В. А. Трапезникова» РАН, 117997, г. Москва

Отношение к высоким физическим нагрузкам на организм в средних и старших возрастных группах неоднозначно — от оптимистического до полного пессимизма, связанного с возможностью реализации патологических процессов вследствие высокой физической активности.

Цель исследования — изучить состояние здоровья лиц, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и старше. Данные о состоянии здоровья получены путем анкетирования спортсменов в возрасте 40 лет и старше, выступающих на соревнованиях по легкой атлетике на дистанциях 10 км и более. Всего роздано 1800 анкет, заполненных собрано 1649. Анализ состояния здоровья проводили на основании самооценки здоровья, а также объективных характеристик (обращаемость за медицинской помощью, частота острых заболеваний, наличие хронических заболеваний, факт приема лекарственных препаратов).

Выявлен очень высокий уровень самооценки у лиц, занимающихся спортом, который не уменьшается с возрастом и не имеет гендерных различий (4,00—4,07 балла у мужчин и 3,89—4,08 у женщин); менее половины опрошенных мужчин обращаются в течение года за медицинской помощью. Уровень обращаемости был стабильным во всех исследованных возрастных группах. Средняя частота острых заболеваний в год у спортсменов старших возрастных групп не превышала 1,16 заболеваний в год и была несколько выше у женщин. Она имела тенденцию к уменьшению при увеличении возраста у мужчин и у женщин. Уровень распространенности хронических заболеваний был низким у мужчин и у женщин, имел тенденцию к росту при увеличении возраста у мужчин и оставался практически стабильным у женщин. Частота регулярного приема лекарственных препаратов была ниже, чем частота распространения хронических заболеваний; особенно значительная разница была у женщин.

По мнению респондентов, спортивные занятия, несмотря на большие нагрузки и возраст, способствуют оздоровлению организма. Так считают более 90% спортсменов независимо от гендерной принадлежности. Наибольшая доля такого мнения наблюдалась в самой старшей возрастной группе (60 лет и старше): 94,3% опрошенных высказали мнение, что состояние их здоровья улучшилось после начала занятий бегом. Однако достаточно большое количество спортсменов озабочены потенциальным риском тренировок, что является основанием для создания системы медицинского наблюдения за спортсменами, особенно в старших возрастных группах.

К л ю ч е в ы е с л о в а: общественное здоровье; старшее поколение; спортсмены-ветераны.

Для цитирования: Хабриев Р. У., Черкасов С. Н., Григорьев Г. Ю., Федяева А. В. Анализ состояния здоровья лиц, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и старше. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):227—231. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-227-231>

Для корреспонденции: Черкасов Сергей Николаевич, д-р мед. наук, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, главный научный сотрудник ФГБНУ «Институт проблем управления им. В.А.Трапезникова» РАН, e-mail: cherkasovsn@mail.ru

Khabriev R. U.¹, Cherkasov S. N.^{1,2}, Grigoriev G. Yu.², Fedyaeva A. V.²

THE ANALYSIS OF HEALTH CONDITION OF INDIVIDUALS AGED 40 YEARS AND OLDER AND GOING IN FOR SPORTS

¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

²V. A. Trapeznikov Institute of Control Sciences of Russian Academy of Sciences, 117997, Moscow, Russia

The attitude to high physical loads on organism in the middle and older age groups is ambiguous, from optimistic to completely pessimistic, associated with possibility of development pathological processes because of high physical activity. The purpose of the study is to evaluate health status of people aged 40 years and older involved in sports. The health data was obtained through interviewing athletes aged 40 years and older competing in track and field events at distances of 10 kilometers or more. In total, 1800 questionnaires were distributed, and 1649 completed questionnaires were returned. The analysis of health status was implemented on the basis of self-rated health and objective characteristics (medical care appealability, acute diseases incidence, chronic diseases availability, fact of medication intake). The very high level of health self-rate was established in individuals involved in sports, that persisted along age increasing. No gender differences were revealed (4.00—4.07 for males and 3.89—4.08 for females). According to survey results, less than half of male respondents consulted physician during a year. The level of appealability was stable in all age groups surveyed. The average rate of acute diseases per year in athletes of older age groups did not exceed 1.16 diseases per year and was slightly higher in females. With age, the indicator tended to decrease in males and to increase in females. The prevalence rate of chronic diseases was low in both males and females and with age it tended to increase in males and remained almost stable in females. The rate of regular medication intake was lower than rate of chronic diseases, this difference was especially significant in females. According to respondents, sport activities, despite heavy loads and age, contribute to organism health enhancement. This opinion was specific for more than 90% of athletes, regardless of their gender. In the oldest age group (60 years and older) 94.3% of respondents expressed reported that their health improved after starting running. However,

sufficient number of athletes are concerned about potential risk of training that is the reason to organize system of medical monitoring of athletes, especially in older age groups.

Keywords: public health; older generation; veteran athletes.

For citation: Khabriev R. U., Cherkasov S. N., Grigoriev G. Yu., Fedyaeva A. V. The analysis of health condition of individuals aged 40 years and older and going in for sports. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):227—231 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-227-231>

For correspondence: Cherkasov S. N., Dr. Med. Sci., the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia, the Chief Researcher of the Federal State Budget Institution of Science “The V. A. Trapeznikov Institute of Management Problems” of the Russian Academy of Sciences. e-mail: institute@nrph.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.07.2020
Accepted 29.10.2020

Введение

Увеличение продолжительности предстоящей жизни населения Российской Федерации, обусловленное успехами системы здравоохранения и повышением качества жизни [1], закономерно привело к значительному увеличению распространенности хронических неинфекционных заболеваний. К сожалению, существующие медицинские технологии не способны обеспечить их полной элиминации, поэтому наиболее рациональным подходом к решению данной проблемы является предотвращение их возникновения, т. е. развитие профилактики как способа воздействия на сложившуюся ситуацию [2, 3].

В настоящее время профилактические стратегии предусматривают разработку комплекса мероприятий по отдельным факторам риска и не учитывают возможные зависимости между ними. Ранее высказывалась гипотеза, что «...существует иерархия факторов риска, когда элиминация одного из них приводит к элиминации или существенному ослаблению выраженности другого» [4]. При таком подходе факторы риска разделяются на «базовые» и «зависимые». При снижении распространения «базовых» факторов будет уменьшаться и выраженность «зависимых» факторов.

Низкая физическая активность может рассматриваться как «базовый» фактор риска многих хронических неинфекционных заболеваний [5—8], высокая же активность является неотъемлемым компонентом здорового образа жизни. В целом отношение к высоким физическим нагрузкам на организм в средних и старших возрастных группах неоднозначное, и связано это с возможностью реализации патологических процессов вследствие высокого уровня физической активности. Однако практически полное отсутствие исследований образа жизни людей с высоким уровнем физической активности и состояния их здоровья не позволяет сделать однозначные выводы. Необходимо иметь представления об образе жизни людей, занимающихся любительским спортом, при этом уровень их физической активности должен быть очень высоким. В качестве объекта исследования нельзя использовать профессиональных спортсменов, так как спорт высших до-

стижений не может быть эталоном для популяции в целом [9].

Цель исследования — изучить состояние здоровья лиц, занимающихся спортом в возрасте 40 лет и старше, выступающих на соревнованиях по легкой атлетике на дистанциях 10 км и более.

Материалы и методы

Данные о состоянии здоровья получены путем анкетирования спортсменов в возрасте 40 лет и старше, участвующих в соревнованиях по легкой атлетике на дистанциях 10 км и более. Из розданных 1800 анкет собрано полностью заполненных 1649. Место проживания респондентов — все субъекты Российской Федерации. Мужчин в исследуемой группе было 73%, женщин — 23%. Средний возраст опрошенных мужчин составил 48,4±0,2 года, женщин — 46,9±0,3 года.

Данный контингент населения редко обращается в медицинские организации, поэтому исследование медицинской документации в отношении них не информативно. Анализ классических показателей, таких как заболеваемость, в данном случае был практически неприменим, поскольку подавляющее большинство опрошенных спортсменов не посещали поликлинику на регулярной основе, а при возникновении острых состояний лечились самостоятельно, прибегали к помощи знакомых специалистов, обращались за медицинской помощью в частные медицинские организации. В итоге обобщающей информации о выставленных им диагнозах не существует.

Анализ состояния здоровья проводили на основании самооценки здоровья, которую можно рассматривать как субъективный критерий, однако имеющий важное значение в мониторинге здоровья. Именно по показателю самооценки можно судить о достижении или недостижении человеком состояния полного физического и психического благополучия в соответствии с определением здоровья данным ВОЗ и содержащимся в ФЗ от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 2: «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе»). Отсутствие болезней, а точнее установленных диагнозов, не является гарантией достижения полного

физического и психического благополучия, тогда как высокий показатель самооценки здоровья практически гарантирует отсутствие патологических состояний.

Оценку проводили по 5-балльной шкале. Пять баллов свидетельствовали о наивысшем уровне здоровья, а 0 баллов — о наименьшем из возможных. Оценка проводилась в каждой возрастной группе в зависимости от длины пробегаемой дистанции. Длина пробегаемой дистанции рассматривалась как маркер объема тренировочной работы. Более длительные соревновательные дистанции требовали более интенсивных и длительных тренировочных занятий, что могло отразиться на состоянии здоровья и самочувствии лиц, занимающихся спортом. По данным литературы, показатели самооценки здоровья, несмотря на субъективность, позволяют адекватно оценить состояние здоровья [10—14]. Однако задачами настоящего исследования был предусмотрен и анализ объективных характеристик: обращаемости за медицинской помощью, частоты острых заболеваний, наличия хронических заболеваний, факта приема лекарственных препаратов.

Результаты исследования

Данные самооценки здоровья спортсменов различных возрастных групп представлены в табл. 1. Если в популяции в общем случае наблюдается постепенное снижение уровня самооценки с увеличением возраста, то в группе спортсменов такой закономерности не наблюдается. Уровень самооценки достаточно высок во всех возрастных группах. Гендерных различий также не выявляется. Достоверных различий между уровнем самооценки у мужчин и женщин выявлено не было (здесь и в табл. 2 $p > 0,05$).

В табл. 2 представлены данные самооценки здоровья в зависимости от длины соревновательной дистанции, из которых следует, что уровень самооценки выше у спортсменов, пробегающих на соревнованиях более длинные дистанции ($p < 0,05$). Такая закономерность характерна для мужчин и женщин.

Следует отметить в целом очень высокий уровень самооценки у лиц, занимающихся спортом, который не уменьшается при увеличении возраста; длина пробегаемой на соревнованиях дистанции и показатель самооценки здоровья связаны прямой зависимостью, что демонстрирует способность человека к преодолению больших тренировочных объемов.

Таблица 1

Показатели самооценки здоровья мужчин и женщин, занимающихся спортом (легкая атлетика, длительный бег, участие в соревнованиях на дистанции 10 км и более) в различных возрастных группах ($M \pm m$, в баллах)

Возрастная группа	Мужчины	Женщины
40—49 лет	4,07±0,02	3,99±0,04
50—59 лет	4,00±0,03	4,08±0,05
60 лет и старше	4,03±0,04	3,89±0,17

Таблица 2

Показатели самооценки здоровья мужчин и женщин в зависимости от длины соревновательной дистанции (легкая атлетика, длительный бег, участие в соревнованиях на дистанции 10 км и более; $M \pm m$; в баллах)

Длина соревновательной дистанции	Мужчины	Женщины
21,1 км и менее	3,99±0,02	3,98±0,04
42,2 км и более	4,13±0,03	4,22±0,07

Менее половины опрошенных мужчин обращаются в течение года за медицинской помощью. Уровень обращаемости был стабильным во всех исследованных возрастных группах. У женщин показатели обращаемости при увеличении возраста снижаются. В возрастной группе 40—49 лет уровень обращаемости женщин выше, чем у мужчин (55,9 против 47,1 у мужчин соответственно на 100 опрошенных), в возрастной группе 50—59 лет он практически равный, а в старшей возрастной группе становится меньше, чем у мужчин (36,4 против 46,3 соответственно на 100 опрошенных).

В среднем мужчины-спортсмены переносят около одного острого заболевания в год. Максимальная частота острых заболеваний наблюдается в возрасте 40—49 лет (1,02 заболевания в год). У мужчин в возрасте 60 лет и старше частота острых заболеваний составляет 0,83 заболевания в год. Частота распространения хронических заболеваний у мужчин, напротив, с возрастом увеличивается, наименьшая регистрируется в возрастной группе 40—49 лет (20,1 заболевания на 100 опрошенных мужчин), максимальная — в возрастной группе 60 лет и старше (25,2 на 100 опрошенных мужчин). Следует отметить очень низкие уровни заболеваемости по сравнению с общей популяцией. Даже в самой старшей возрастной группе только каждый четвертый мужчина имеет, по его мнению, какое-либо хроническое заболевание.

Логично предположить, что наличие хронического заболевания может требовать регулярного приема лекарственных препаратов, однако частота их приема не всегда совпадала с уровнем распространения хронических заболеваний. Так, частота распространения хронических заболеваний в возрастной группе мужчин 40—49 лет составила 20,1, тогда как частота регулярного употребления лекарственных препаратов соответствовала только 14,9 заболевания на 100 опрошенных мужчин соответствующего возраста. Это может свидетельствовать о некотором преувеличении тяжести имеющейся патологии, так как гипотеза об игнорировании рекомендаций врача по приему препаратов и невыполнении назначений вряд ли реальна с учетом огромных нагрузок. Только в старшей возрастной группе (60 лет и старше) частота распространения хронических заболеваний и частота регулярного приема лекарственных препаратов совпадают.

Несколько иные закономерности наблюдались у женщин-спортсменок. В возрастной группе 40—49 лет количество острых заболеваний у женщин

(1,08) не отличалось от наблюдаемого у мужчин (1,02). Как ранее отмечено, при увеличении возраста частота острых заболеваний у мужчин снижалась, а у женщин, напротив, увеличивалась. Максимальная частота наблюдалась в старшей возрастной группе (60 лет и старше) — 1,16 заболеваний в год у одной опрошенной женщины соответствующего возраста, что на 40% выше, чем у мужчин соответствующего возраста.

Частота распространения хронических заболеваний у женщин также была выше, чем у мужчин. При увеличении возраста регистрируется слабая тенденция к росту показателя. За исследованный возрастной период рост составил 12,5%, тогда как у мужчин он был в 2 раза больше — 25%. После 50 лет показатель распространенности стабилизировался на уровне 36,6—36,8 на 100 опрошенных женщин соответствующего возраста. Однако частота регулярного приема лекарственных препаратов была существенно ниже, чем частота указания на наличие хронического заболевания. Следует отметить практически неизменную частоту регулярного приема лекарственных препаратов женщинами на уровне 24—26% при увеличении распространенности хронических заболеваний.

Однако наличие хронического заболевания может обуславливать разный по значимости ущерб здоровью. Для исследования этого в анкету был включен вопрос «Беспокоят ли Вас имеющиеся хронические заболевания» в физическом и психологическом плане.

Полученные данные свидетельствуют о том, что сам факт наличия хронического заболевания автоматически не предполагает ограничения жизнедеятельности или функционирования. Только $\frac{1}{3}$ опрошенных мужчин, имеющих хронические заболевания, испытывали какое-либо физическое беспокойство, и еще меньше — испытывали психологический дискомфорт. Если распространенность хронических заболеваний с возрастом увеличивалась, то уровень беспокойства оставался практически стабильной величиной, как в физическом, так и в психологическом плане.

Подтверждают описанные выше заключения и данные, полученные при опросе женщин. Если уровень распространения хронических заболеваний с возрастом увеличивался (хотя не так значительно, как у мужчин), то уровень физического беспокойства оставался практически стабильной величиной, а уровень психологического беспокойства даже несколько снижался.

Следовательно, уровень ограничения жизнедеятельности или функционирования из-за имеющихся хронических заболеваний существенно ниже, чем степень их распространения в исследуемой популяции. Это может свидетельствовать или о небольшой степени тяжести имеющихся хронических заболеваний, или о высокой степени их компенсации, при которой ограничения жизнедеятельности или функционирования не ощущаются.

Приведенные данные можно интерпретировать как последствия отбора в исследуемую популяцию наиболее здоровых людей, способных выдерживать большие физические нагрузки, однако и сами по себе спортивные занятия могут способствовать оздоровлению организма. В том, что спортивные занятия улучшили состояние их здоровья, уверены более 90% мужчин. Наибольший удельный вес таких мужчин наблюдался в самой старшей возрастной группе (60 лет и старше), в которой 94,3% опрошенных высказали мнение, что состояние их здоровья улучшилось после начала занятий бегом. Обратное мнение (занятия спортом ухудшают состояние здоровья) распространено среди мужчин крайне незначительно. В возрастной группе 40—49 лет только 1,4% придерживаются такого мнения, в более старших возрастных группах — менее 1% от общего числа опрошенных. Каждый двадцатый опрошенный мужчина считает, что занятия спортом никак не отражаются на его состоянии здоровья. Следовательно, по мнению респондентов, спортивные занятия, несмотря на большие нагрузки и возраст, способствуют оздоровлению организма. Однако полученные данные не могут трактоваться как беспечность спортсменов. На вопрос «Считаете ли Вы, что занятия бегом могут нести угрозу для здоровья» каждый третий опрошенный мужчина ответил положительно.

Похожие данные получены при опросе женщин. В самой старшей возрастной группе (60 лет и старше) 94,7% женщин уверены, что состояние их здоровья улучшилось после начала занятий бегом. Обратное мнение (занятия спортом ухудшают состояние здоровья) распространено среди женщин, как и у мужчин, крайне незначительно. Только в возрастной группе 40—49 лет 1,2% придерживаются такого мнения, в более старших возрастных группах таких среди опрошенных женщин-спортсменок не было. Каждая десятая опрошенная женщина считает, что занятия спортом никак не отражаются на ее состоянии здоровья. Примерно $\frac{1}{3}$ считают, что занятия бегом могут нести угрозу для здоровья. Наибольший удельный вес таких респондентов (36%) в самой молодой из исследованных возрастных подгрупп (40—49 лет). Наибольшие различия наблюдались в более младших возрастных группах — 40—49 и 50—59 лет. В самой старшей возрастной группе (60 лет и старше) гендерных различий не было.

Заключение

Анализ состояния здоровья спортсменов-ветеранов, занимающихся легкой атлетикой и участвующих в соревнованиях на дистанции 10 км и более, показал, что средняя частота острых заболеваний была низкой и имела тенденцию к уменьшению при увеличении возраста у мужчин и к увеличению — у женщин. Также низким был и уровень распространения хронических заболеваний, но наблюдалась тенденция к его повышению при увеличении возраста у мужчин и к стабильному состоянию — у женщин. Частота регулярного приема лекарствен-

Здоровье и общество

ных препаратов была ниже, чем частота распространения хронических заболеваний, особенно значительная разница в показателях наблюдалась у женщин. Факт наличия хронического заболевания не предполагал ограничения жизнедеятельности или функционирования, и только $\frac{1}{3}$ опрошенных мужчин, имеющих хронические заболевания, испытывали какое-либо физическое беспокойство или психологический дискомфорт. Уровень беспокойства оставался практически стабильной величиной при увеличении возраста, как в физическом, так и в психологическом плане. Вместе с тем подавляющее большинство опрошенных спортсменов-ветеранов, особенно в самых старших возрастных группах (60 лет и старше), утверждают, что состояние их здоровья улучшилось в процессе беговых тренировок.

Однако достаточно большое количество спортсменов озабочены потенциальным риском тренировок, что является основанием для создания системы медицинского наблюдения за спортсменами, особенно в старших возрастных группах.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Хабриев Р. У., Линденбратен А. Л., Комаров Ю. М. Стратегии охраны здоровья населения как основа социальной политики государства. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(3):3—5.
2. Егизарян К. А., Черкасов С. Н., Агтаева Л. Ж. Мониторинг эффективности мероприятий, проводимых в рамках государственной политики в сфере профилактики травматизма в России. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2016;(9—10):19—25.
3. Genovese U., Del Sordo S., Casali M., Zoja R., Pravettoni G., Akulin I. M. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *J. Global Health*. 2017;7(1):010301.
4. Черкасов С. Н., Абрамова О. В., Сопова И. Л. Физическая активность как фактор, определяющий уровень адаптационных возможностей организма. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2015;(2):224—7.
5. Медведкова Н. И., Медведков В. Д., Зотова Т. В., Аширова О. И. Физическая активность и здоровье населения. *Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта*. 2019;169(3):201—5.
6. Янченко С. В., Вольский В. В. Как влияет физическая активность на здоровье и продолжительность жизни современного человека. *Молодой ученый*. 2019;253(159):80—3.
7. Верхоглядова Ю. Д., Абзалова С. В. Физическая активность как основа здорового образа жизни. *Вопросы педагогики*. 2020;(6—2):65—8.
8. Черкасов С. Н., Сопова И. Л., Абрамова О. В. Зависимость уровня физической активности от признания факта ответственности за свое здоровье. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2016;(7):82—6.
9. Медик В. А., Юрьев В. К. Состояние здоровья, условия и образ жизни современных спортсменов. М.: Медицина; 2001. 144 с.
10. Газиева Э. М. Самооценка здоровья — реальный показатель состояния здоровья будущих врачей. *Вестник научных конференций*. 2015;3(3):41—3.
11. Канева М. А. Социально-экономические, поведенческие и психологические детерминанты самооценки здоровья россиян. *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. 2016;12(6):158—71.
12. Подушкина И. В., Абанин А. М., Квасов С. Е., Енина В. В., Шедриный А. В. Роль самооценки здоровья в системе диагностики функциональных резервов организма у лиц опасных профессий. *Медицинский альманах*. 2016;42(2):11—5.
13. Сурмач М. Ю., Епифанова А. К. Возможности применения самооценки здоровья как критерия связанного со здоровьем качества жизни в разработке и оценке эффективности профилактических программ охраны материнства и детства. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. 2019;98(1):17—22.
14. Черкасов С. Н., Киртадзе И. Д. Адекватность самооценки здоровья у лиц в возрасте старше 60 лет. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2016;(7):65—70.

Поступила 12.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Habriev R. U., Lindenbraten A. L., Komarov Ju. M. Strategies of public health protection as the basis of social policy of the state. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny*. 2014;(3):3—5 (in Russian).
2. Egiazarjan K. A., Cherkasov S. N., Attaeva L. Zh. Monitoring the effectiveness of measures carried out within the framework of state policy in the field of injury prevention in Russia. *Problemy standartizacii v zdravoohraneni*. 2016;(9—10):19—25 (in Russian).
3. Genovese U., Del Sordo S., Casali M., Zoja R., Pravettoni G., Akulin I. M. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *J. Global Health*. 2017;7(1):010301.
4. Cherkasov S. N., Abramova O. V., Sopova I. L. Physical activity as a factor that determines the level of the body's adaptive capabilities. *Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N. A. Semashko*. 2015;(2):224—7 (in Russian).
5. Medvedkova N. I., Medvedkov V. D., Zotova T. V., Ashirova O. I. Physical activity and public health. *Uchenye zapiski universiteta im. P. F. Lesgafta*. 2019;169(3):201—5 (in Russian).
6. Janchenko S. V., Vol'skij V. V. How does physical activity affect the health and life expectancy of a modern person. *Molodoy uchenyy*. 2019;253(15):80—3 (in Russian).
7. Verhogljadova Ju. D., Abzalova S. V. Physical activity as the basis of a healthy lifestyle. *Voprosy pedagogiki*. 2020;(6):65—8 (in Russian).
8. Cherkasov S. N., Sopova I. L., Abramova O. V. Dependence of the level of physical activity on the recognition of the fact of responsibility for one's health. *Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N. A. Semashko*. 2016;(7):82—6 (in Russian).
9. Medik V. A., Jur'ev V. K. Health status, conditions and lifestyle of modern athletes [Sostojanie zdorov'ja, uslovija i obraz zhizni sovremennyh sportsmenov]. Moscow: Medicina; 2001. 144 p. (in Russian).
10. Gazieva Je. M. Self-assessment of health — a real indicator of the state of health of future doctors. *Vestnik nauchnyh konferencij*. 2015;3(3):41—3 (in Russian).
11. Kaneva M. A. Socio-economic, behavioral and psychological determinants of self-assessment of health of Russians. *Nacional'nye interesy: prioritety i bezopasnost'*. 2016;12(6):158—71 (in Russian).
12. Podushkina I. V., Abanin A. M., Kvasov S. E., Enina V. V., Shhedrivyy A. V. The role of self-assessment of health in the system of diagnostics of functional reserves of the body in persons of hazardous professions. *Medicinskij al'manah*. 2016;42(2):11—5 (in Russian).
13. Surmach M. Ju., Epifanova A. K. Possibilities of using self-assessment of health as a criterion of the quality of life associated with health in the development and assessment of the effectiveness of preventive programs for the protection of mothers and children. *Voprosy organizacii i informatizacii zdravoohraneniya*. 2019;98(1):17—22 (in Russian).
14. Cherkasov S. N., Kirtadze I. D. Adequacy of self-assessment of health in persons over the age of 60. *Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N. A. Semashko*. 2016;(7):65—70 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2021

УДК 614.2

Зудин А. Б., Введенский А. И.**ЗДОРОВЬЕ В САМООЦЕНКАХ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА И СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ**

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

В статье рассмотрены вопросы состояния здоровья, безопасности и благополучия работающих граждан в отраслях экономики, имеющих огромное значение для каждого государства, — производства и социальной сферы. Проблема сохранения здоровья и безопасности на рабочем месте является актуальной для многих трудящихся во всем мире, выходя за рамки интересов отдельных граждан и их семей, играя первостепенную роль в вопросах безопасности и производительности труда, конкурентоспособности и развития предприятий, стабильности отраслей народного хозяйства и национальных экономик. Актуальность темы обусловлена тем, что человеческие ресурсы и рынок труда выступают ключевыми институциональными факторами, влияющими на социально-экономическое развитие государства и определяющими состояние здоровья работающих граждан. Вопросы обеспечения работодателями российских сфер экономики безопасных условий труда, способствующих сохранению здоровья работников, профилактики профессиональных заболеваний определяют производительность труда на конкретных предприятиях, развитие и стабильность экономики страны в целом. Исследование вопросов самооценки состояния здоровья работников промышленного производства и социальной сферы выполнено на основе результатов опроса, проведенного с 1 по 30 сентября 2020 г. среди медицинского персонала Городской больницы № 11 г. Рязани и работников завода по нефтепереработке — ОАО «Рязанский нефтеперерабатывающий завод». Результаты исследования позволили сделать вывод о том, что, отвечая на вопрос об оценке состояния своего здоровья, работники, занятые в социальной сфере, считают себя более здоровыми, чем работники производственной сферы.

Ключевые слова: состояние здоровья; безопасные условия труда; экономическое развитие; здоровый образ жизни; промышленное производство; социальная сфера.

Для цитирования: Зудин А. Б., Введенский А. И. Здоровье в самооценках работников промышленного производства и социальной сферы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):232—237. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-232-237>

Для корреспонденции: Введенский Артем Игоревич, аспирант ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: ai_vvedenskiy@mail.ru

Zudin A. B., Vvedensky A. I.**THE HEALTH ISSUES IN SELF-APPRAISAL OF WORKERS OF INDUSTRIAL PRODUCTION AND SOCIAL SECTOR**

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

The article considers issues of health, safety and well-being of working citizens in such sectors of economy having great importance for every state such as production and social sphere. The problem of health preservation and working place safety is actual for working population all around the world, going beyond interests of individual citizens and their families and playing primary role in issues of labor safety and productivity, competitiveness and development of enterprises, stability of national economy sectors. The actuality of the study is conditioned by the fact that human resources and labor market are key institutional factors impacting the level of state socioeconomic development and determining health status of working citizens. In Russia, the issues of support by employers safe working conditions in various spheres of national economy to contribute to preservation of their employees health, to occupational diseases prevention ultimately determine both labor productivity at particular enterprise and development and stability of national economy as a whole. The study of self-assessment of health status of workers in industrial production and social sphere was carried out on the basis of results of survey implemented in September 2020 among medical personnel of the Municipal Hospital No. 11 of the city of Ryazan and employees of the oil refining plant — JSC Ryazan Oil Refinery. The analysis of the study results permitted to conclude that, in answering question about health status assessment, workers of social sphere consider themselves to be healthier than workers in industrial production.

Keywords: health status; safe working conditions; economic development; healthy lifestyle; industrial production; social sphere.

For citation: Zudin A. B., Vvedensky A. I. The health issues in self-appraisal of workers of industrial production and social sector. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;29(2):232—237 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-232-237>

For correspondence: Vvedensky A. I., the post-graduate student of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: ai_vvedenskiy@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 05.08.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Согласно данным, опубликованным Российским союзом промышленников и предпринимателей в Докладе «О состоянии делового климата в России в

2019 году» [1], на протяжении последних 10 лет недостаток квалифицированных кадров представляет главную проблему для 45% российских бизнес-структур. Человеческие ресурсы и рынок труда выступают ключевыми институциональными фактора-

Здоровье и общество

ми, влияющими на социально-экономическое развитие государства и определяющими состояние здоровья работающих граждан. Вопросы обеспечения работодателями российских сфер экономики безопасных условий труда, способствующих сохранению здоровья работников, профилактики профессиональных заболеваний определяют производительность труда на конкретных предприятиях, развитие и стабильность экономики страны в целом. Проблемы сохранения здоровья и формирования здорового образа жизни работников рассмотрены в работах российских ученых [2—6]. Ведущие эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сходятся во мнении, что определяющим фактором состояния здоровья населения является здоровый образ жизни человека [7]. Поэтому внедрение среди трудоспособного населения навыков здорового образа жизни и бережного отношения к своему здоровью позволяет в долгосрочной перспективе добиться высокой производительности труда в сочетании с наименьшими затратами на профилактические меры по сравнению с расходами на медицинские услуги при всех возможностях современной медицины. Правительства большинства стран мирового сообщества уже сегодня пришли к пониманию того факта, что профилактические меры предотвращения заболеваемости обходятся намного дешевле, чем лечение болезней.

Перемены, происходящие в настоящее время в России в социальной сфере и на промышленных предприятиях, включая курс на развитие отраслей экономики как основное направление экономического роста, требуют переосмысления методов управления здоровьем работников социальной сферы и производственных предприятий, несмотря на имеющиеся различия в условиях труда. Ряд научных исследований в сфере управления здоровьем работников доказывает, что активное использование на предприятиях промышленного производства мер профилактики заболеваний и поиск способов поддержания здоровья работников имеют социальную и экономическую эффективность [2, 4, 5]. Разработка и внедрение эффективных методов профилактики профессиональных заболеваний и поддержания здоровья и для работников социальной сферы обусловлена необходимостью введения программы профилактики, учитывающей специфику факторов трудового процесса в социальной сфере, и выходит за рамки охраны труда и создание безопасных условий на рабочем месте. Меры по сохранению здоровья работников и обеспечению трудового долголетия квалифицированных кадров способствуют снижению экономических потерь, повышению производительности труда и мотивируют работников следить за своим здоровьем.

Материалы и методы

Исследование вопросов самооценки состояния здоровья работников промышлен-

ного производства и социальной сферы выполнено на основе результатов опроса, проведенного с 1 по 30 сентября 2020 г. среди медицинского персонала Городской больницы № 11 г. Рязани и работников завода по нефтепереработке ОАО «Рязанский нефтеперерабатывающий завод».

В процессе работы на первом этапе был проведен анализ работ ведущих экспертов в вопросах сохранения здоровья и формирования здорового образа жизни работников различных сфер экономики [2—7].

На втором этапе исследования проведен анализ результатов опроса среди медицинского персонала и работников завода по нефтепереработке методом полуструктурированного интервью в период с 1 по 30 сентября 2020 г.

На третьем этапе работы обобщены полученные результаты и сформулированы выводы о необходимости введения программы профилактики, учитывающей специфику факторов трудового процесса в социальной сфере, что особенно актуально в условиях борьбы с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 для работников социальной сферы.

Результаты исследования

Задача сохранения и поддержания здоровья работающей категории граждан в Российской Федерации является приоритетным направлением политики государства. Вместе с тем реализация мер охраны здоровья работников, занятых в отраслях экономики с высоким риском развития профессиональных заболеваний, и меры, направленные на укрепление уровня здоровья трудоспособного населения, зависят от условий труда.

Структура работающих граждан по отраслям экономики по основному месту работы в Российской Федерации распределяется следующим образом. Наибольшую группу по численности среди женщин составляют работники социальной сферы (государственные служащие, кадровый состав образования и здравоохранения, специалисты социальных услуг, деятельность в области культуры и спорта),

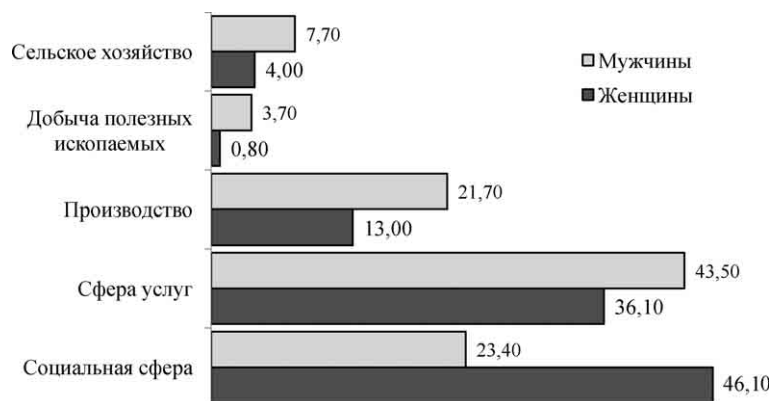


Рис. 1. Структура работников по отраслям экономики в РФ в 2018 г. (в %) [8].

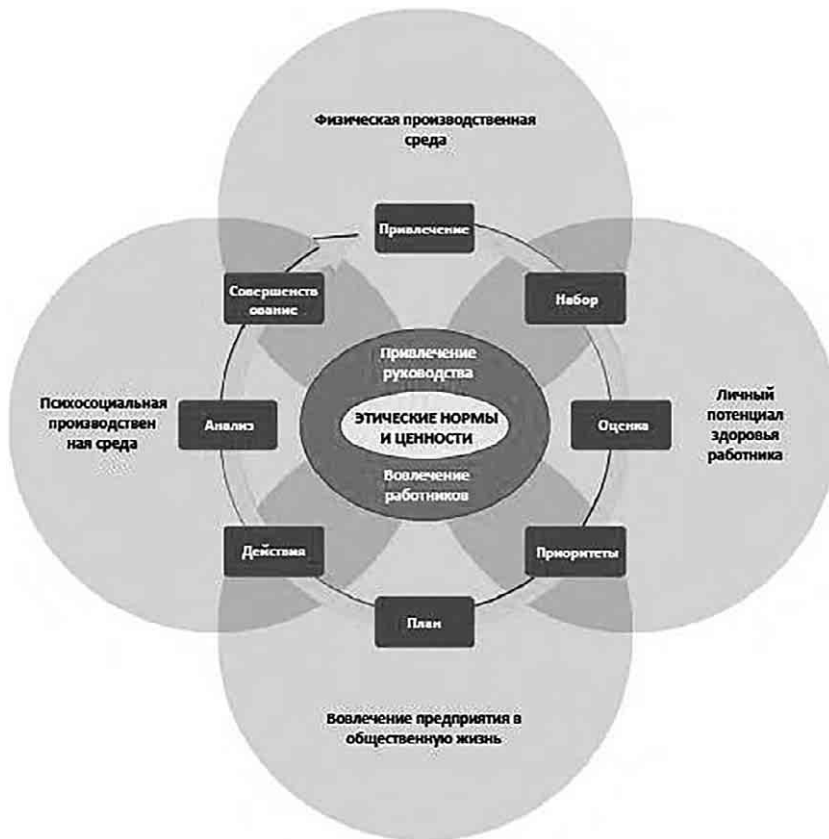


Рис. 2. Модель здорового рабочего места [8].

на втором месте по численности среди мужчин находится производственная сфера (производственные предприятия) [8] (рис. 1).

Условия труда состоят из совокупности факторов процесса трудовой деятельности человека и среды, в которой выполняются трудовые функции работника. Наиболее высокий риск профессиональной заболеваемости и утраты трудоспособности, обусловленный неблагоприятными условиями труда в производственной сфере, сохраняется на производственных предприятиях.

Экспертами ВОЗ составлена модель здорового рабочего места, включая зоны воздействия, процесс деятельности на рабочем месте и основополагающие принципы (рис. 2).

Модель здорового рабочего места включает в себя четыре сектора воздействия на работника, которые наилучшим образом подходят для мероприятий по организации здоровых рабочих мест и пересекаются друг с другом.

Первый сектор — физическая производственная среда, состоящая из здания, в котором находится рабочее место, оборудования, необходимого для рабочего процесса, производимой продукции, материалов, участвующих в производственном цикле, и производственных процессов. Физическая производственная среда влияет на безопасность и здоровье работников, вместе с тем непосредственно воздействуя также и на здоровье работников в психологическом плане.

Второй сектор — психосоциальная производственная среда, состоящая из способов организации трудовых обязанностей, корпоративной культуры и взаимоотношений в коллективе, влияющая на психическое состояние работников и способная быть причиной эмоционального выгорания или психического стресса.

Третий сектор — личный потенциал здоровья работника, формирующийся за счет возможности получать медицинские услуги и поддерживать и укреплять здоровый образ жизни.

Четвертый сектор — вовлечение работников в общественную жизнь предприятия и возможность влиять на мнение коллег — выражается в тесном взаимодействии и совместной деятельности персонала организации.

В структуре профессиональных заболеваний в Рязанской области наибольшее количество составляют заболевания, вызванные негативным воздействием факторов физического происхождения в виде шума и вибрации (74,4%), присущие промышленным производствам. Ведущей нозологической формой в этой группе заболеваний занимают болезни органов слуха (20,6%) и вибрационная болезнь (17,6%). Профессиональные заболевания, представленные радикулопатиями, полинейропатиями в связи с физическими перегрузками и тяжестью трудового процесса, составляют 16,3% случаев. Заболевания, вызванные воздействием химического фактора, регистрируются в единичных случаях (острые отравления — 2,3%, хронические — 4,7%). Отмечаются случаи профессиональной бронхиальной астмы от воздействия аллергенов. Число профессиональных заболеваний туберкулезом составляет 11,8% случаев. Наиболее высокий уровень профессиональной заболеваемости в Рязанской области регистрируется на предприятиях сельского хозяйства (29,7%) и машиностроения (27%). На объектах здравоохранения количество профессиональных заболеваний имеет тенденцию к снижению и составляет 5,4% случаев. Профессиональные заболевания регистрируются в различных профессиях (трактористы, механизаторы, пилоты-инструкторы и командиры авиационного звена, слесари-ремонтники и слесари-инструментальщики, дояры), в их числе библиотекари, ветеринарные врачи.

Исследование вопросов самооценки состояния здоровья работников промышленного производства и социальной сферы проведено на основе результатов опроса, проведенного с 1 по 30 сентября 2020 г. среди медицинского персонала Городской больницы № 11 города Рязани ($n=214$) и работников завода по нефтепереработке ОАО «Рязанский нефтеперерабатывающий завод» ($n=218$).

Здоровье и общество

Среди опрошенных работников социальной сферы большинство представлено женским полом. По возрастным характеристикам самыми распространенными группами стали женщины предпенсионного и среднего возраста: 38,7% — респонденты в возрасте от 45 до 55 лет, 26,3% — в возрасте от 35 до 44 лет. Половина опрошенных имеют высшее специальное образование.

Среди участников опроса из числа работников производственной сферы большую часть (74%) составили мужчины. По возрастным группам респонденты разделились следующим образом: группа среднего возраста от 35 до 44 лет — 66,1%, от 45 до 55 лет — 18,7%. Каждый четвертый опрошенный имеет высшее специальное образование.

В ходе исследования состояние здоровья работника определялось на основании самооценки им самочувствия, наличия определенных проблем со здоровьем и по некоторым косвенным характеристикам (отсутствие на рабочем месте в связи с заболеванием, обращения в медицинские организации).

Состояние своего здоровья респонденты в целом оценивают не очень высоко. Ответы работников промышленного производства и социальной сферы на вопрос о состоянии здоровья и интереса к теме здоровья и здорового образа жизни представлены в табл. 1 и 2.

Анализ распределения самооценок состояния здоровья среди работников промышленного производства и социальной сферы в целом показывает, что наибольшее количество респондентов из числа работников промышленного производства «замечают некоторые проблемы со здоровьем» в то время, как работники социальной сферы «в основном чувствуют себя здоровыми». По мнению респондентов, в обеих группах число ответов «есть серьезные проблемы со здоровьем» различается незначительно (1,5%). Ответы на вопрос об оценке состояния своего здоровья работниками промышленного производства и социальной сферы показывают, что в связи с более тяжелыми условиями труда в физическом плане у работников, занятых на производстве, считающих себя здоровыми, в производственной сфере значительно меньше, чем в социальной.

Анализ ответов участников опроса показал, что для всех групп тема сохранения здоровья представляет интерес в той или иной степени: 79,8% работников промышленного производства и 81,2% работ-

Таблица 1
Ответы работников промышленного производства и социальной сферы на вопрос «Как Вы характеризуете текущее состояние своего здоровья?» (в %)

Показатель	Работники промышленного производства	Работники социальной сферы
Чувствую себя здоровым	5,6	19,6
В основном здоров	17,8	38,6
Замечаю некоторые проблемы со здоровьем	52,1	25,4
Есть серьезные проблемы со здоровьем	16,9	15,4
Затрудняюсь ответить	7,6	1

Таблица 2

Ответы работников промышленного производства и социальной сферы на вопрос «Интересует ли Вас тема сохранения здоровья и здорового образа жизни?» (в %)

Показатель	Работники промышленного производства	Работники социальной сферы
Тема сохранения здоровья интересна	79,8	81,2
Владею достаточной информацией о здоровом образе жизни	35,6	38,4
Есть общее представление о здоровом образе жизни	54,1	52,4
Источники знаний по сохранению здоровья и здорового образа жизни:		
газеты и журналы	67,5	65,3
радио и телевидение	62,4	58,8
сеть Интернет	24,3	31,5
консультации специалистов	33,2	38,4
Затрудняюсь ответить	0,5	1,5

ников социальной сферы ответили, что «тема сохранения здоровья интересна», остальные склонились к тому, что «в некоторой степени интересна». Часть опрошенных (35,6% работников промышленного производства и 38,4% работников социальной сферы) могут сказать, что владеют достаточной информацией о здоровом образе жизни. Чуть больше половины (54,1% работников промышленного производства и 52,4% работников социальной сферы) респондентов имеют общее представление о здоровом образе жизни. Основными источниками знаний по сохранению здоровья и поддержанию здорового образа жизни являются средства массовой информации: газеты и журналы (67,5% работников промышленного производства и 65,3% работников социальной сферы), радио и телевидение (62,4% работников промышленного производства и 58,8% работников социальной сферы), сеть Интернет (24,3% работников промышленного производства и 31,5% работников социальной сферы) и консультации врачей (33,2% работников промышленного производства и 38,4% работников социальной сферы).

Ответы на вопрос об интересе к теме сохранения здоровья работников промышленного производства и социальной сферы показывают, что тех и других тема здоровья и здорового образа жизни интересует примерно одинаково.

В ходе исследования проведен анализ организации рабочего процесса и условий труда как факторов, влияющих на самочувствие работников и самооценку здоровья. Большая часть опрошенных обеих групп имеют опыт по направлению своей трудовой деятельности, практически половина респондентов в обеих группах затрудняется дать определенную характеристику степени привлекательности выполняемой работы. Тем не менее количество тех, кто в той или иной мере доволен своей работой, существенно превышает долю тех, кому работа не нравится (табл. 3).

Анализ ответов участников опроса об отношении к выполняемой работе показал, что работники промышленного производства более довольны своей работой, что также обусловлено более высоким

Таблица 3

Ответы работников промышленного производства и социальной сферы на вопрос «Как Вы относитесь к выполняемой Вами работе?» (в %)

Показатель	Работники промышленного производства	Работники социальной сферы
Работа очень нравится	12,3	1,6
Работой доволен	25,8	38,6
Трудно сказать определенно	48,2	46,7
Скорее не нравится	10,8	9,9
Совершенно не нравится	2,9	3,2

уровнем заработной платы, чем у работников социальной сферы. Большая часть (92,4%) работников социальной сферы считают размер своей заработной платы низким либо очень низким.

Обсуждение

Таким образом, несмотря на отсутствие в социальной сфере для работников высокого риска развития профессиональных заболеваний, связанных с наличием вредных факторов и травматизмом на производстве, для работников социальной сферы также существуют негативные факторы риска проблем для здоровья. С условиями труда для работников социальной сферы связаны факторы риска нарушений психического здоровья, обусловленные типом трудовой деятельности, организационными условиями, взаимоотношениями между коллегами и отношениями с руководителем. Большое значение для выполнения трудовой функции имеют также практические навыки и профессиональные компетенции работников, организация на предприятии мероприятий поддержки работников при выполнении ими трудовых обязанностей. В частности, работник может обладать необходимыми профессиональными навыками для выполнения поставленной руководителем задачи, но при этом не имеет достаточных ресурсов, чтобы выполнить ее; на предприятии используются негативный стиль поведения руководства и неблагоприятные практики организации работы.

Исследование самооценки работниками промышленного производства и социальной сферы состояния их здоровья показало, что характер выполняемой трудовой функции и условия труда на предприятиях социальной сферы имеют свои неблагоприятные факторы для сохранения и поддержания здоровья. Если работники промышленных предприятий в большей степени подвержены воздействию вредных факторов и риску травматизма и несчастного случая на производстве, то для работников социальной сферы необходима разработка и внедрение комплекса здоровьесберегающих мероприятий, направленных на укрепление их психического здоровья.

Заключение

Вопросы состояния здоровья, безопасности и благополучия работающих граждан в таких отраслях экономики, как производство и социальная

сфера, имеют огромное значение для каждого государства. Проблема сохранения здоровья и безопасности на рабочем месте является актуальной во всем мире, выходя за рамки интересов отдельных граждан и их семей, играя первостепенную роль в вопросах безопасности и производительности труда, конкурентоспособности и развития предприятий, стабильности отраслей народного хозяйства и национальных экономик.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад российского Союза промышленников и предпринимателей о состоянии делового климата в России в 2019 году. М.; 2020. 152 с.
2. Тимаков И. В. Самооценка трудоспособности возрастных работников в условиях российского региона. *Экономика труда*. 2019;6(4):1423–36.
3. Зеленко А. В., Синякова О. К., Семушина Е. А., Шербинская Е. С. Самооценка условий труда и состояния здоровья работниками литейного производства. *Медицинский журнал*. 2017;(4):60–3.
4. Профессиональное здоровье и трудовое долголетие: материалы Международной научно-практической конференции, г. Шахты, 5–6 июля 2018 г. Ростов-на-Дону: Фонд науки и образования; 2018. 224 с.
5. Сычик С. И., ред. Сборник материалов республиканской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье и окружающая среда», посвященной 90-летию республиканского унитарного предприятия «Научно-практический центр гигиены» (Минск, 26–28 октября 2017 г.): в 2-х т. Минск: РНМБ; 2017. Т. 1. 242 с.
6. Сенаторова О. В., Кузнецов В. А., Труфанов А. С. Отношение к здоровью и профилактике заболеваний — как показатель общественного здоровья. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019;(1). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-k-zdorovyu-i-profilaktike-zabolevaniy-kak-pokazatel-obshchestvennogo-zdorovya> (дата обращения 25.12.2020).
7. Здоровая и благополучная жизнь для всех. Доклад о ситуации с обеспечением справедливости в отношении здоровья в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2020. Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330667/9789289054768-rus.pdf>
8. Труд и занятость в России. 2019: Стат. сб-к. Росстат Т78. М.; 2019. 135 с.

Поступила 05.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Report of the Russian Union of Industrialists and Entrepreneurs on the state of the business climate in Russia in 2019 [*Doklad Rossijskogo Soyuza promyshlennikov i predprinimatelej o sostoyanii delovogo klimata v Rossii v 2019 godu*]. Moscow; 2020. 152 p. (in Russian).
2. Timakov I. V. Self-assessment of the working capacity of age workers in the conditions of the Russian region. *Ekonomika truda*. 2019;6(4):1423–36 (in Russian).
3. Zelenko A. V., Sinyakova O. K., Semushina E. A., Shcherbinskaya E. S. Self-assessment of working conditions and health status by workers of the foundry. *Medicinskij zhurnal*. 2017;(4):60–3 (in Russian).
4. Professional health and labor longevity: materials of the International Scientific and Practical Conference, Shakhty, July 5–6, 2018 [*Professional'noe zdorov'e i трудовое dolgoletie: materialy Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii, g. Shahty, 5–6 iyulya 2018 g.*]. Rostov-on-Don: Fond nauki i obrazovaniya; 2018. 224 p. (in Russian).
5. Sychik S. I., ed. Collection of materials of the republican scientific and practical conference with international participation «Health and the environment» dedicated to the 90th anniversary of the republican unitary enterprise «Scientific and Practical Center of Hygiene» (Minsk, October 26–28, 2017): in 2 volumes [*Sbornik materialov respublikanskoj nauchno-prakticheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem «Zdorov'e i okruzhayushchaya sreda», posvyash-*

Здоровье и общество

- chennoj 90-letiyu respublikanskogo unitarnogo predpriyatiya «Nauchno-prakticheskij centr gigieny» (Minsk, 26—28 oktyabrya 2017 g.): v 2 t. M-vo zdravoochr. Resp. Belarus'. Nauch.-prakt. centr gigieny*. Minsk: RNMB; 2017. Vol. 1. 242 p. (in Russian).
6. Senatorova O. V., Kuznecov V. A., Trufanov A. S. Attitude towards health and disease prevention — as an indicator of public health. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2019;(1). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-k-zdorovyu-i-profilaktike-zabolevanij-kak-pokazatel-obschestvennogo-zdorovya> (accessed 25.12.2020) (in Russian).
7. A healthy and prosperous life for everyone. Report on the health equity situation in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2020 [*Zdorovaya i blagopoluchnaya zhizn' dlya vseh. Doklad o situacii s obespecheniem spravedlivosti v otnoshenii zdorov'ya v Evropejskom regione VOZ. Kopenhagen: Evropejskoe regional'noe byuro VOZ, 2020*]. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330667/9789289054768-rus.pdf>
8. Labor and employment in Russia. 2019 [*Trud i zanyatost' v Rossii. 2019: Stat.sb.Rosstat T78*]. Moscow; 2019. 135 p. (in Russian).

© Шляфер С. И., 2021
УДК 614.2

Шляфер С. И.

**ОКАЗАНИЕ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254,
г. Москва

Рост численности населения старше трудоспособного возраста с характерными возрастными особенностями и проблемами неизбежно приводит к увеличению количества их обращений за медицинской помощью как в амбулаторно-поликлинические, так и в стационарные организации.

Цель исследования — провести оценку показателей оказания стационарной медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста на профильных койках в Российской Федерации за 2012—2019 гг.

Проведено сплошное исследование динамики основных показателей оказания стационарной медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста на профильных койках больниц (частота госпитализации, больничная летальность, средняя длительность пребывания на койке). Использованы формы федерального статистического наблюдения № 47 и № 30 по Российской Федерации за 2012—2019 гг. Применены статистический и аналитический методы исследования.

За 8 лет в стране отмечено увеличение показателя частоты госпитализации лиц старше трудоспособного возраста на 4,5% (с 27,36 до 28,6 на 100 человек населения старше трудоспособного возраста), больничной летальности — с 3,42 до 3,95%, снижение средней длительности пребывания пациента на койке с 13,4 до 10,85 дня.

В процессе исследования определены более высокие (в 1,5—8,9 раза) показатели частоты госпитализации пациентов старше трудоспособного возраста по отдельным видам специализированной помощи (офтальмология, паллиативная медицинская помощь, сестринский уход, кардиология, кардиохирургия, радиология, неврология, сосудистая хирургия, онкология), чем у взрослых трудоспособного возраста.

Ключевые слова: *пациент старше трудоспособного возраста; медицинская организация; оказываемая помощь в стационарных условиях; частота госпитализации; койка; больничная летальность; средняя длительность пребывания на койке.*

Для цитирования: Шляфер С. И. Оказание стационарной медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):238—244. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-238-244>

Для корреспонденции: Шляфер София Исааковна, д-р мед. наук, главный научный сотрудник Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: cofya@mail.ru

Shlyafers S. I.

**THE HOSPITAL MEDICAL CARE SUPPORT OF INDIVIDUALS OLDER THAN ABLE-BODIED AGE IN
THE RUSSIAN FEDERATION**

Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia

The growth of population older than working age with specific age characteristics and problems inevitably results in increasing number of their visits to physicians both in out-patient and in-patient organizations. The purpose of the study is to evaluate indices of hospital medical care of patients older than working age based on the beds profile in the Russian Federation during 2012—2019. The comprehensive study was organized to investigate dynamics of the main indices of inpatient medical care of people older than working age residing at specialized hospital beds (hospitalization rate, hospital mortality, average length of stay in bed). The forms of the Federal statistical observation form № 47 and 30 for the Russian Federation in 2012—2019 were used. The statistical and analytical research methods were applied. During these 8 years, the hospitalization rate of patients older than working age increased up to 4.5% (from 27.36 to 28.6 per 100 of population of corresponding age), the hospital mortality rate — from 3.42% to 3.95%. The average length of bed stay of patients decreased from 13.4 to 10.85 days that may be associated with intensification of treatment and diagnostic process. The rates of hospitalization of patients older than working age as compared with adults of able-bodied age were higher by 1.5—8.9 times for certain types of specialized medical care (ophthalmology, palliative care, nursing, cardiology, cardiac surgery, radiology, neurology, vascular surgery, oncology).

Keywords: *patient older than working age; medical organization; in-patient; hospitalization; bed; hospital mortality; average length of stay in bed.*

For citation: Shlyafers S. I. The hospital medical care support of individuals older than able-bodied age in the Russian Federation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):238—244 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-238-244>

For correspondence: Shlyafers S. I., doctor of medical sciences, the Chief Researcher of the Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics” of Minzdrav of Russia. e-mail: cofya@mail.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 03.08.2020
Accepted 29.10.2020**Введение**

Одной из актуальных демографических проблем остается старение населения. Процесс старения свя-

зан с постоянным увеличением числа пациентов, страдающих различными заболеваниями. Наблюдается рост числа пожилых людей, тяжелобольных,

Здоровье и общество

нуждающихся в длительном медикаментозном лечении, опеке, уходе [1, 2].

Увеличение численности населения старше трудоспособного возраста с характерными возрастными особенностями и проблемами неизбежно приводит к росту количества обращений данной категории граждан за медицинской помощью как в амбулаторно-поликлинические, так и в стационарные организации [3].

Одним из приоритетных направлений «Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года», связанных с совершенствованием системы охраны здоровья граждан старше трудоспособного возраста, является обеспечение доступности им медицинской помощи, в том числе гериатрической, во всех медицинских организациях¹.

Цель исследования — проведение оценки показателей оказания стационарной медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста на профильных койках в Российской Федерации за 2012—2019 гг.

Материалы и методы

Исследование аналитическое, период исследования — 2012—2019 гг. Анализ показателей оказания стационарной медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста на профильных койках проводился по данным форм федерального статистического наблюдения № 47 за 2012—2013 гг. и № 30 за 2014—2019 гг.².

В 2012—2013 гг. информация о числе поступивших, умерших, числе койко-дней, проведенных пациентами старше трудоспособного возраста на профильных койках больничных организаций, заполнялись в форме федерального статистического наблюдения № 47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций», с 2014 г. — в форме федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации».

¹ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 № 164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации за 2025 год»;

² Приказ Росстата от 14.01.2013 № 13 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений системы здравоохранения»; Приказ Росстата от 25.12.2014 № 723 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения»; Приказ Росстата от 04.09.2015 № 412 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения»; Приказ Росстата от 27.12.2016 № 866 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья»; Приказ Росстата от 03.08.2018 № 483 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья»; Приказ Росстата от 30.12.2019 № 830 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения с сфере охраны здоровья».

В 2012 г. Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации утверждена номенклатура коечного фонда по профилям медицинской помощи. В номенклатуре по каждому из профилей медицинской помощи указаны профили коек³.

Статистическая обработка данных включала расчеты экстенсивных и интенсивных показателей, показателей соотношения.

Результаты исследования

В Российской Федерации в 2019 г. в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, поступило 10 949 339 пациентов старше трудоспособного возраста (мужчины в возрасте 60 лет и старше, женщины — 55 лет и старше), или каждый третий — 37% от общего числа госпитализированных (в 2012 г. — 28,8%).

Частота госпитализации пациентов старше трудоспособного возраста в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, составила 28,6 на 100 человек населения соответствующего возраста и была выше, чем у взрослого населения трудоспособного возраста (женщины 18—54 лет, мужчины 18—59 лет) — 16,95 на 100 человек населения соответствующего возраста. Максимальные показатели частоты госпитализации на 100 лиц старше трудоспособного возраста в субъектах страны определены в Чеченской Республике (43,8), в Сахалинской области (39,5), в Республике Саха (Якутия) (37,2), в Чувашской Республике (33,8), в Ханты-Мансийском автономном округе (33,4), в Камчатском крае (33,4), наименьшие — в Республике Крым (22,0), в Еврейской автономной области (23,2), в Ленинградской области (23,8), в Карачаево-Черкесской Республике (23,9), в Приморском крае (24,5), в Амурской области (24,8), в Республике Татарстан (24,8). Разница показателя была двукратной.

Как видно из табл. 1, в 2019 г. высокие показатели частоты госпитализации пациентов старше трудоспособного возраста в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, пришлось на терапевтические (4,76 на 100 человек населения соответствующего возраста), кардиологические (2,94), хирургические (2,93), неврологические (2,62), онкологические (2,18), офтальмологические (1,78), реанимационные (1,15), травматологические (1,02), урологические (0,95) койки.

За 2012—2019 гг. частота госпитализации пациентов старше трудоспособного возраста увеличилась с 27,36 до 28,6 на 100 человек населения соответствующего возраста; для взрослых трудоспособного возраста она уменьшилась с 19,39 до 16,95 на 100 человек населения соответствующего возраста.

Определен наибольший рост частоты госпитализации пациентов старше трудоспособного возраста на реанимационные койки в 28,75 раза (с 0,04 до

³ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».

Таблица 1

Частота госпитализации пациентов старше трудоспособного возраста и взрослого населения трудоспособного возраста на профильные койки медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях, в Российской Федерации в 2012–2019 гг. (на 100 человек населения соответствующего возраста)

Профиль коек	Год								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
								старше трудо- способного возраста	взрослые тру- доспособно- го возраста
Всего...	27,36	27,44	27,31	27,45	27,49	27,86	28,47	28,6	16,95
В том числе:									
абдоминальной хирургии	0,1	0,13	0,13	0,12	0,13	0,15	0,16	0,18	0,09
аллергологические	0,03	0,03	0,03	0,024	0,024	0,025	0,022	0,02	0,03
гастроэнтерологические	0,34	0,34	0,33	0,31	0,3	0,3	0,29	0,28	0,15
гематологические	0,17	0,17	0,17	0,18	0,184	0,183	0,19	0,2	0,07
геронтологические	0,07	0,08	0,08	0,073	0,078	0,11	0,17	0,28	0,003
гинекологические	0,5	0,56	0,56	0,58	0,614	0,65	0,65	0,67	2,29
дерматологические	0,14	0,14	0,13	0,13	0,121	0,12	0,12	0,11	0,1
венерологические	0,008	0,007	0,009	0,008	0,008	0,009	0,01	0,01	0,04
для беременных и рожениц	0,0002	0,0007	0,00001	0,00055	0,00001	0,00001	0,000013	0,00005	1,31
для патологии беременности	0,0002	0	0,00001	0,0003	0,00023	0,00008	0,00005	0,00004	1,57
инфекционные	0,51	0,48	0,47	0,47	0,48	0,44	0,47	0,47	0,71
кардиологические	2,8	2,83	2,86	2,88	2,86	2,89	2,95	2,94	0,52
кардиохирургические	0,26	0,29	0,32	0,34	0,36	0,38	0,4	0,41	0,085
наркологические	0,14	0,14	0,14	0,14	0,146	0,15	0,15	0,15	0,57
неврологические	2,67	2,69	2,65	2,61	2,59	2,63	2,66	2,62	0,73
нейрохирургические	0,22	0,23	0,24	0,26	0,266	0,28	0,29	0,3	0,28
нефрологические	0,1	0,11	0,12	0,12	0,12	0,12	0,13	0,13	0,07
ожоговые	0,02	0,02	0,02	0,022	0,023	0,023	0,02	0,02	0,03
онкологические	1,57	1,67	1,66	1,79	1,8	1,86	1,98	2,18	0,67
ортопедические	0,19	0,22	0,24	0,24	0,27	0,275	0,29	0,31	0,14
оториноларингологические	0,3	0,3	0,29	0,29	0,26	0,26	0,26	0,26	0,39
офтальмологические	1,88	1,87	1,83	1,77	1,745	1,73	1,8	1,78	0,2
паллиативные	0,03	0,07	0,11	0,21	0,26	0,32	0,34	0,36	0,05
проктологические	0,11	0,11	0,12	0,123	0,127	0,13	0,14	0,15	0,12
психиатрические	0,45	0,43	0,44	0,43	0,455	0,44	0,45	0,45	0,52
профпатологические	0,03	0,04	0,03	0,033	0,032	0,032	0,03	0,03	0,01
пульмонологические	0,48	0,47	0,48	0,48	0,485	0,49	0,5	0,49	0,2
радиологические	0,21	0,21	0,2	0,2	0,205	0,212	0,2	0,2	0,05
реабилитационные	0,19	0,22	0,29	0,35	0,387	0,416	0,43	0,49	0,17
реанимационные	0,04	0,12	0,71	0,954	1,08	1,12	1,17	1,15	0,54
ревматологические	0,17	0,17	0,18	0,184	0,178	0,18	0,18	0,18	0,1
сестринского ухода	0,46	0,49	0,49	0,435	0,435	0,42	0,42	0,41	0,06
скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания	0,007	0,03	0,04	0,07	0,09	0,124	0,17	0,15	0,15
скорой медицинской помощи суточного пребывания	0,0009	0,04	0,04	0,045	0,054	0,055	0,07	0,06	0,04
сосудистой хирургии	0,28	0,31	0,32	0,35	0,36	0,376	0,4	0,41	0,11
терапевтические	6,19	5,89	5,62	5,31	5,11	5,03	4,95	4,76	1,22
токсикологические	0,03	0,02	0,02	0,024	0,02	0,02	0,03	0,025	0,07
торакальной хирургии	0,07	0,07	0,06	0,065	0,065	0,07	0,07	0,07	0,05
травматологические	0,84	0,865	0,89	0,915	0,94	0,975	1,0	1,02	0,73
туберкулезные	0,1	0,09	0,09	0,08	0,08	0,08	0,08	0,08	0,21
урологические	0,86	0,87	0,88	0,9	0,89	0,93	0,95	0,95	0,47
хирургические	3,21	3,13	3,04	3,03	2,97	2,95	2,96	2,93	1,52
хирургические гнойные	0,47	0,47	0,48	0,45	0,44	0,44	0,44	0,45	0,2
челюстно-лицевой хирургии	0,06	0,07	0,07	0,075	0,08	0,082	0,09	0,09	0,17
эндокринологические	0,38	0,38	0,38	0,38	0,37	0,385	0,39	0,38	0,14
прочие	0,67	0,57	0,05	0,0012	0,0007	0,0004	0,0006	0	0

1,15 на 100 человек населения соответствующего возраста), койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания — в 21,4 раза (с 0,007 до 0,15), паллиативные койки — в 12 раз (с 0,03 до 0,36), геронтологические койки — в 4 раза (с 0,07 до 0,28), реабилитационные — в 2,6 раза (с 0,19 до 0,49), койки абдоминальной хирургии — в 1,8 раза (с 0,1 до 0,18), ортопедические койки — на 63,2% (с 0,19 до 0,31), кардиохирургические — на 57,7% (с 0,26 до 0,41), койки сосудистой хирургии — на 46,4% (с 0,28 до 0,41), онкологические — на 38,85% (с 1,57 до 2,18), проктологические — на 36,4% (с 0,11 до 0,15), нейрохирургические — на 36,4% (с 0,22 до 0,3),

гинекологические — на 34% (с 0,5 до 0,67), нефрологические — на 30% (с 0,1 до 0,13), снижение частоты госпитализации на аллергологические койки на 33,3% (с 0,03 до 0,02 на 100 человек населения соответствующего возраста), терапевтические — на 23,1% (с 6,19 до 4,76), дерматологические — на 21,4% (с 0,14 до 0,11), туберкулезные — на 20% (с 0,1 до 0,08), гастроэнтерологические — на 17,6% (с 0,34 до 0,28), токсикологические — на 16,7% (с 0,03 до 0,025), оториноларингологические — на 13,3% (с 0,3 до 0,26; см. табл. 1).

Сравнительный анализ частоты госпитализации пациентов старше трудоспособного и взрослых тру-

Таблица 2

Больничная летальность пациентов старше трудоспособного возраста на профильных койках медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях, в Российской Федерации за 2012—2019 гг. (в %)

Профиль коек	Год							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Всего...	3,42	3,42	3,46	3,64	3,75	3,74	3,87	3,95
В том числе:								
абдоминальной хирургии	1,96	1,76	2,14	1,67	1,53	1,33	1,48	1,68
аллергологические	0,125	0,15	0,15	0,07	0,15	0,2	0,19	0,03
гинекологические	0,14	0,12	0,115	0,1	0,08	0,09	0,08	0,07
гастроэнтерологические	1,65	1,62	1,52	1,38	1,4	1,3	1,36	1,48
гематологические	3,03	2,98	2,89	2,35	2,24	2,16	1,78	1,96
геронтологические	1,46	1,69	1,44	1,1	1,18	0,55	0,32	0,21
дерматологические	0,03	0,03	0,05	0,02	0,015	0,02	0,032	0,03
венерологические	0,04	0	0,04	0	0,03	0,03	0,05	0,025
для беременных и рожениц	0,47	0	12,5	0	0	0	0	0
для патологии беременности	0	0	0	0	0	0	0	0
инфекционные	0,86	0,85	0,87	0,78	0,77	0,76	0,75	0,84
кардиологические	2,65	2,65	2,7	2,4	2,38	2,34	2,33	2,37
кардиохирургические	0,84	0,77	0,62	0,36	0,4	0,34	0,41	0,43
наркологические	0,78	0,71	0,73	0,64	0,49	0,53	0,48	0,44
неврологические	6,63	6,64	6,49	6,27	6,23	6,08	6,2	6,25
нейрохирургические	3,92	3,41	3,29	2,22	1,96	1,78	1,67	1,74
нефрологические	2,4	2,19	2,15	1,75	1,81	1,62	1,57	1,84
ожоговые	6,68	6,55	6,92	4,44	4,17	4,54	3,9	3,92
онкологические	1,98	1,9	2,0	1,81	1,78	1,35	1,27	1,2
оториноларингологические	0,2	0,2	0,165	0,15	0,17	0,18	0,15	0,17
ортопедические	0,13	0,1	0,1	0,065	0,06	0,05	0,06	0,05
офтальмологические	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,006	0,006
паллиативные	34,48	16,2	14,37	13,41	15,53	18,72	20,58	22,91
проктологические	1,38	1,235	1,26	0,87	0,85	0,76	0,61	0,55
психиатрические	4,44	4,35	4,08	3,74	3,34	2,98	2,7	2,58
профпатологические	0,1	0,22	0,085	0,05	0,025	0,08	0,15	0,26
пульмонологические	2,79	2,9	2,67	2,29	2,41	2,36	2,48	2,76
радиологические	0,19	0,18	0,175	0,19	0,14	0,15	0,14	0,15
реабилитационные	0,06	0,08	0,1	0,1	0,07	0,1	0,14	0,13
реанимационные	47,4	28,22	50,89	62,58	61,83	63,82	67,08	65,21
ревматологические	0,3	0,31	0,27	0,2	0,2	0,19	0,17	0,18
сестринского ухода	4,22	4,09	3,89	4,44	4,65	4,62	4,98	5,25
скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания	1,5	0,295	0,26	0,43	0,56	0,27	0,39	0,45
скорой медицинской помощи суточного пребывания	0	0,27	0,74	0,54	0,52	0,66	0,45	0,47
сосудистой хирургии	1,06	1,02	1,06	0,76	0,67	0,68	0,77	0,69
терапевтические	2,3	2,32	2,28	2,2	2,14	2,15	2,3	2,43
токсикологические	4,865	4,48	3,78	2,09	2,66	2,04	2,25	2,17
торакальной хирургии	2,89	2,7	2,4	1,93	1,65	1,81	1,68	1,53
травматологические	1,61	1,43	1,31	1,07	0,93	0,88	0,88	0,84
туберкулезные	6,58	6,23	6,42	6,4	6,1	5,35	5,55	5,27
урологические	0,73	0,72	0,715	0,56	0,56	0,54	0,54	0,49
хирургические	2,98	2,99	2,78	2,34	2,15	2,17	2,18	2,17
хирургические гнойные	5,01	4,76	4,7	3,91	3,86	3,72	3,73	3,7
челюстно-лицевой хирургии	0,45	0,44	0,45	0,36	0,25	0,3	0,21	0,28
эндокринологические	1,0	1,0	1,01	0,78	0,85	0,76	0,8	0,82
прочие	60,16	74,44	82,67	64,44	6,0	2,47	0	0

доспособного возраста на профильные койки в 2019 г. обнаружил более высокие показатели у лиц старше трудоспособного возраста на койки офтальмологические (в 8,9 раза), паллиативные (в 7,2 раза), койки сестринского ухода (в 6,8 раза), кардиологические (в 5,65 раза), кардиохирургические (в 4,8 раза), радиологические (в 4,0 раза), неврологические (в 3,6 раза), койки сосудистой хирургии (в 3,7 раза), онкологические (в 3,25 раза), гематологические (в 2,9 раза), реабилитационные (в 2,9 раза), эндокринологические (в 2,7 раза), пульмонологические (в 2,45 раза) и прочие (см. табл. 1).

В Российской Федерации в 2019 г. в стационарах умерли 438 640 лиц старше трудоспособного возраста или 75,4% всех умерших в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях (в 2012 г. — 66,4%).

За 2012—2019 гг. число умерших пациентов старше трудоспособного возраста в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях, увеличилось на 39,25% (с 315 000 до 438 640). Высокие уровни больничной летальности определены на реанимационных (65,21%), паллиативных (22,91%), неврологических (6,25%), туберкулезных (5,27%), сестринского ухода (5,25%), ожоговых (3,92%), хирургических гнойных (3,7%) койках.

За изученный период показатель больничной летальности пациентов старше трудоспособного возраста имеет тенденцию к росту с 3,42 до 3,95%. Увеличение показателя больничной летальности пациентов отмечено на реанимационных койках (с 47,4 до 65,21%), койках сестринского ухода (с 4,22 до 5,25%), профпатологических (с 0,1 до 0,26%), терапевтических (с 2,3 до 2,43%), реабилитационных

Средняя длительность пребывания на койке пациентов старше трудоспособного возраста в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных условиях в Российской Федерации за 2012—2019 гг. (в днях)

Профиль коек	Год							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Всего...	13,4	13,0	12,6	12,05	11,7	11,3	11,1	10,85
В том числе:								
абдоминальной хирургии	10,6	10,7	10,4	8,9	8,7	8,4	8,75	8,5
аллергологические	12,8	11,9	10,8	10,2	10,0	9,2	9,4	9,1
гастроэнтерологические	14,0	13,3	13,1	12,3	11,8	11,5	11,3	11,1
гематологические	14,35	13,8	13,05	12,7	12,1	12,3	12,0	11,8
гинекологические	6,9	6,6	6,7	5,9	5,9	5,7	5,75	5,6
геронтологические	21,7	24,5	22,1	20,2	19,65	14,9	12,7	12,5
дерматологические	16,4	15,6	15,4	14,5	14,2	13,9	13,9	13,8
венерологические	16,8	17,2	17,1	17,2	16,5	17,2	16,5	16,0
для беременных и рожениц	7,1	22,6	7,25	99,5	2,25	2,0	109,7	5,6
для патологии беременности	6,35	0	9,4	64,75	5,9	3,4	4,4	131,9
инфекционные	9,4	9,25	9,45	9,1	8,7	8,7	8,5	8,6
кардиологические	12,0	11,7	11,2	10,5	9,95	9,6	9,4	9,3
кардиохирургические	10,1	9,6	8,9	8,1	8,15	7,95	7,8	7,7
наркологические	15,9	16,5	15,75	16,1	15,0	14,8	14,0	13,5
неврологические	13,4	13,0	12,5	11,9	11,5	11,2	10,9	10,9
нейрохирургические	13,3	13,3	12,7	11,6	11,4	11,3	10,8	10,95
нефрологические	15,8	15,5	14,8	14,0	13,5	13,1	13,4	13,1
ожоговые	20,4	21,8	21,7	21,5	20,5	21,3	19,1	20,8
онкологические	11,7	11,2	10,85	10,2	10,1	9,5	8,9	8,3
оториноларингологические	9,4	9,3	8,8	8,35	8,25	7,9	7,6	7,5
ортопедические	14,3	12,8	12,3	11,6	10,65	10,3	10,1	9,7
офтальмологические	7,4	7,1	6,6	6,4	6,1	5,8	5,5	5,2
паллиативные	26,6	20,65	21,0	19,4	19,4	19,4	19,8	20,5
проктологические	11,5	11,55	10,7	9,8	9,2	8,7	8,5	8,0
психиатрические	72,6	71,1	70,5	69,5	67,5	64,5	65,0	61,7
профпатологические	14,5	14,2	13,9	13,2	12,5	12,3	12,0	12,1
пульмонологические	13,5	13,4	12,9	12,4	11,85	11,8	11,7	11,5
радиологические	23,05	22,75	23,4	22,2	21,4	22,3	22,9	23,3
реабилитационные	18,6	17,8	18,05	16,8	15,8	15,3	14,9	14,3
реанимационные	6,0	4,4	7,3	9,8	9,4	9,5	10,1	9,5
ревматологические	15,2	14,6	13,7	13,2	12,7	12,4	11,7	11,45
сестринского ухода	30,8	28,2	27,45	27,15	26,0	25,2	24,7	24,8
скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания	6,4	2,7	2,2	1,7	1,2	0,95	0,8	1,1
скорой медицинской помощи суточного пребывания	1,4	1,8	1,5	1,3	1,3	1,4	1,9	1,4
сосудистой хирургии	13,0	12,5	11,8	10,3	9,9	9,7	9,4	9,0
терапевтические	11,9	11,6	11,25	10,7	10,4	10,2	10,0	9,85
токсикологические	5,9	6,5	5,8	6,1	5,5	5,3	4,5	4,6
торакальной хирургии	15,9	15,4	15,5	14,65	14,3	13,7	13,5	13,1
травматологические	13,5	13,1	12,9	12,2	11,6	11,2	11,0	10,9
туберкулезные	74,1	72,8	76,9	77,6	75,1	71,9	70,1	68,45
урологические	10,7	10,4	9,85	9,4	9,05	8,7	8,5	8,3
хирургические	10,6	10,2	9,95	9,4	9,2	9,0	8,9	8,8
хирургические гнойные	13,7	13,6	13,4	12,8	12,5	12,3	11,9	11,9
челюстно-лицевой хирургии	9,0	9,4	8,8	8,4	8,3	8,0	7,7	7,4
эндокринологические	13,35	13,05	12,3	11,7	11,5	11,1	10,9	10,8
прочие	10,9	11,3	11,5	15,0	10,9	2,3	4,1	0

(с 0,06 до 0,13%), койках скорой медицинской помощи суточного пребывания (с 0 до 0,47%; табл. 2).

За 8 лет изучения наблюдается тенденция к сокращению средней длительности пребывания пациентов старше трудоспособного возраста в стационаре с 13,4 до 10,85 дней (на 2,55 дня).

Уменьшение средней длительности пребывания связано с интенсификацией лечебно-диагностического процесса и внедрением стандартов оказания медицинской помощи [4, 5]. Однако в 2019 г. высокие сроки пребывания лиц старше трудоспособного возраста отмечены на койках туберкулезных (68,45 дня), психиатрических (61,7 дня), сестринского ухода (24,8 дня), радиологических (23,3 дня), ожоговых (20,8 дня), паллиативных (20,5 дня).

За период наблюдения увеличилась длительность пребывания пациентов на реанимационных койках на 3,5 дня (с 6,0 до 9,5 дня), ожоговых на

0,4 дня (с 20,4 до 20,8 дня) и радиологических койках на 0,25 дня (с 23,05 до 23,3 дня; табл. 3).

Обсуждение

С возрастом состояние здоровья человека ухудшается. Большинство лиц старше трудоспособного возраста страдают множественной хронической патологией⁴ [6—8].

Лица старше трудоспособного возраста являются активными потребителями медицинской помощи в связи с высокими уровнями хронизации болезней, массовой сопутствующей патологией, тяжестью течения заболеваний, высокими рисками смертности [9]. Одним из важных показателей доступности ста-

⁴ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 № 164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации за 2025 год».

Здоровье и общество

ционарной медицинской помощи является частота госпитализации [5]. За 8 лет изучения отмечен рост частоты госпитализации пациентов старше трудоспособного возраста в стационары на 4,5%.

Маркером качества оказания стационарной медицинской помощи служит больничная летальность, которая по некоторым профилям коек высокая и имеет неблагоприятную динамику [10]. В Российской Федерации за 2012—2019 гг. показатель больничной летальности пациентов старше трудоспособного возраста вырос с 3,42 до 3,95%, наибольший рост показателя отмечен по реанимационным койкам и койкам сестринского ухода.

Определено снижение средней длительности пребывания пациентов старше трудоспособного возраста на профильных койках на 2,55 дня, что можно объяснить оптимизацией лечебно-диагностического процесса в стационаре и применением стандартов медицинской помощи [5].

Проведенное исследование показало, что частота госпитализации пациентов старше трудоспособного возраста по отдельным видам специализированной медицинской помощи (офтальмология, паллиативная помощь, сестринский уход, кардиология) была значительно выше, чем у взрослых трудоспособного возраста.

В настоящее время не представляется возможным провести сравнительный анализ показателей больничной летальности, средней длительности пребывания на профильных койках стационаров взрослых трудоспособного и старше трудоспособного возрастов из-за отсутствия сведений о числе умерших и числе койко-дней, проведенных в стационаре взрослыми (18 лет и старше) пациентами в форме федерального статистического наблюдения № 30.

Выводы

1. Изучение основных показателей работы медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях, свидетельствует о том, что за 2012—2019 гг. в Российской Федерации:

- доля поступивших пациентов старше трудоспособного возраста от общего числа госпитализированных увеличилась с 28,8 до 37%;
- частота госпитализации возросла с 27,36 до 28,6 на 100 лиц старше трудоспособного возраста; наибольший рост показателя частоты госпитализации отмечен на реанимационные койки (в 28,75 раза), койки скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания (в 21,4 раза), паллиативные койки (в 12 раз), геронтологические койки (в 4 раза), реабилитационные (в 2,6 раза), койки абдоминальной хирургии (в 1,8 раза);
- показатель больничной летальности возрос с 3,42 до 3,95%, наибольшее ее увеличение определено на реанимационных койках, койках сестринского ухода, профпатологических, терапевтических койках;

— средняя длительность пребывания пациентов старше трудоспособного возраста в больницах снизилась с 13,4 до 10,85 дня.

2. В стране в 2019 г.:

- разница крайних значений показателя частоты госпитализации лиц старше трудоспособного возраста в медицинские организации, оказывающие помощь в стационарных условиях, по субъектам, составила 2 раза (с 22 на 100 лиц соответствующего возраста в Республике Крым до 43,8 в Чеченской Республике);
- по отдельным видам специализированной стационарной помощи (офтальмология, паллиативная медицинская помощь, сестринский уход, кардиология, кардиохирургия, радиология, неврология, сосудистая хирургия, онкология, гематология, реабилитация, эндокринология, пульмонология) частота госпитализации пациентов старше трудоспособного возраста была выше в 1,5—8,9 раза, чем у взрослых трудоспособного возраста.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мусина-Мазнова Г. Х. Социальная геронтология: теория и практика: учебное пособие. Астрахань: Издательский дом «Астраханский университет»; 2012. 192 с.
2. Шитикова О. Б., Иванов С. В. Организация оказания стационарной медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста в Москве. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2016;47(1):9. doi: 10.21045/2071-5021-2016-47-9
3. Новокрещенова И. Г., Чунакова В. В., Семикина Н. А., Новокрещенов И. В. Роль среднего медицинского персонала при оказании медицинской помощи населению пожилого и старческого возраста. *Клиническая геронтология*. 2017;(3—4):8—12.
4. Вишняков Н. И., Рывкин А. Ю., Берозашвили А. Т., Стожарова С. И., Пенюгина Е. Н. Современные проблемы организации стационарной медицинской помощи в Санкт-Петербурге. *Проблемы управления здравоохранением*. 2011;(1):24—5.
5. Артемин В. А., Волков А. И., Сухова Е. И. Анализ уровня и структуры госпитализации больных старше трудоспособного возраста в Нижегородской области. *Клиническая геронтология*. 2015;(9—10):58—9.
6. Процаев К. И., Ильницкий А. Н., Постникова А. Н., Мурсалов С. У., Киселевич М. М., Шварцман Г. И. Клиническая патология полиморбидности в гериатрической практике. *Успехи геронтологии*. 2011;24(2):285—9.
7. Стародубов В. И., Эделева А. Н., Сабгайда Т. П. Полиморбидность лиц старших возрастных групп в городской и сельской местности Нижегородской области. *Успехи геронтологии*. 2018;31(1):25—31.
8. Степчук М. А. Общая и первичная заболеваемость населения старше трудоспособного возраста Белгородской области. *Успехи геронтологии*. 2019;32(4):658—63.
9. Щепин В. О. Госпитализированная заболеваемость и смертность взрослого населения Российской Федерации. Сообщение 1. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;22(2):3—8.
10. Руголь Л. В., Сон И. М., Стародубов В. И., Меньшикова Л. И. Проблемы организации стационарной медицинской помощи и подходы к ее модернизации. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2020;66(1):1. doi: 10.21045/2071-5021-2020-66-1-1

Поступила 03.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Musina-Mazlova G. H. Social gerontology: theory and practice: textbook [*Sotsial'naya gerontologiya: teoriya i praktika: uchebnoye*

- posobiye*]. Astrakhan: Publishing house of Astrakhan University; 2012. 192 p. (in Russian).
2. Shchitikova O. B., Ivanov S. V. Organizing inpatient care to patients of the elderly and senile age in Moscow. *Social'nye aspekty zdorov'a naselenia*. 2016;47(1):9. doi: 10.21045/2071-5021-2016-47-1-9 (in Russian).
 3. Novokreshchenova I. G., Chunakova V. V., Semikina N. A., Novokreshchenov I. V. The role of nursing staff in providing medical care to the population of elderly and senile age. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2017;(3—4):8—12 (in Russian).
 4. Vishnyakov N. I., Ryvkin A. Yu., Berozashvili A. T., Stozharova S. I., Penyugina E. N. Modern problems of organization of hospital medical care in St. Petersburg. *Problemy upravleniya zdravookhraneniem*. 2011;(1):24—5 (in Russian).
 5. Artemin V. A., Volkov A. I., Suchov E. I. Analysis of the level and structure of hospitalization of patients over working age in the Nizhny Novgorod region. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2015;(9—10):58—9 (in Russian).
 6. Prashchayeu K. I., Ilnitski A. N., Postnikova L. I., Mursalov S. U., Kiselevich M. M., Shvartsman G. I. The clinical pathology of polymorbidity in geriatrics practice. *Uspekhi gerontologii*. 2011;24(2):285—9 (in Russian).
 7. Starodubov V. I., Edeleva A. N., Sabgayda T. P. Multimorbidity of elderly persons in urban and rural areas of the Nizhny Novgorod region. *Uspekhi gerontologii*. 2018;31(1):25—31 (in Russian).
 8. Stepchuk M. A. General and primary morbidity of population older than able to work age of Belgorod region. *Uspekhi gerontologii*. 2019;32(4):658—63 (in Russian).
 9. Schepin V. O. The hospital morbidity and mortality of adult population of the Russian Federation. Message 1. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2014;22(2):3—8 (in Russian).
 10. Rugol L. V., Son I. M., Starodubov V. I., Menshikova L. I. Problems related to inpatient care organization and approaches towards its modernization. *Social'nye aspekty zdorov'a naselenia*. 2020;66(1):1. doi: 10.21045/2071-5021-2020-66-1-1 (in Russian).

Алимбаева М. А.¹, Лисова Н. А.¹, Спиридонова М. С.¹, Шилова О. Ю.², Шиллов С. Н.²

ОСОБЕННОСТИ ТЕМПЕРАМЕНТА И УРОВНЕЙ АКТИВАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОК С РАЗНЫМ СОСТОЯНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

¹ФГБОУ ВО «Красноярский государственный педагогический университет имени В. П. Астафьева», 660049, г. Красноярск;

²ФГБОУ ВО «Хакасский государственный университет имени Н. Ф. Катанова», 655000, г. Абакан

В статье показана взаимосвязь между темпераментальными особенностями и функциональным состоянием центральной нервной системы студенток с различными режимами функционирования репродуктивной системы. В исследовании участвовало 115 здоровых студенток г. Красноярска с разным состоянием менструальной функции: 51 девушка с нормогонадотропным, нормопрولاктиновым вариантом ановуляции и 64 девушки с овуляторным менструальным циклом. Для выявления особенностей темпераментных характеристик использовался опросник DOTS-R. Функциональное состояние головного мозга определяли по времени простой и сложной зрительно-моторной реакции. Установлено, что девушки со «спокойным» и «ригидным» типами темперамента имеют особенности функционального состояния центральной нервной системы, которые могут обусловить предрасположенность к возникновению нарушений менструального цикла. Установлены некоторые особенности функционального состояния центральной нервной системы у студенток с ановуляцией, а именно — снижение уровня активации центральной нервной системы у лиц с «интенсивным» и «лабильным» типами темперамента и работоспособности у девушек «адекватного» типа. При комплексной оценке репродуктивного здоровья девушек-студенток определение темпераментальных особенностей личности поможет в формировании групп риска в отношении развития дисфункции менструального цикла.

Ключевые слова: темперамент; личностные особенности; студентки; менструальный цикл; олигоменорея; овуляторный цикл.

Для цитирования: Алимбаева М. А., Лисова Н. А., Спиридонова М. С., Шилова О. Ю., Шиллов С. Н. Особенности темперамента и уровней активации центральной нервной системы студенток с разным состоянием репродуктивного здоровья. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):245—249. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-245-249>

Для корреспонденции: Лисова Надежда Александровна, старший преподаватель Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева, e-mail: nadia.krs@yandex.ru

Alimbaeva M. A.¹, Lisova N. A.¹, Spiridonova M. S.¹, Shilova O. Ju.², Shilov S. N.²

THE FEATURES OF TEMPERAMENT AND LEVELS OF ACTIVATION OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM OF FEMALE STUDENTS WITH VARIOUS CONDITION OF REPRODUCTIVE HEALTH

¹V. P. Astafiev Krasnoyarsk State Pedagogical University, Krasnoyarsk, 660049, Russia;

²N. F. Katanov Khakass State University, Abakan, 655000, Russia

The article demonstrates the relationship between temperamental features and functional state of central nervous system in female students various regimen of reproductive system functioning. The sampling included 115 female students of Krasnoyarsk with different status of menstrual function, including 51 female students with normal gonadotropic and prolactin type of anovulation and 64 female students with ovulatory menstrual cycle. The questionnaire DOTS-R was applied to establish the temperament characteristics. The functional condition of the central nervous system was studied using method of simple and complex visual-motor reaction by means of device "Psychophysiological". The results of the study demonstrated that girls with "calm" and "rigid" types of temperament have features of functional state of the central nervous system that can condition predisposition to menstrual cycle disorders. The particular features of functional state of the central nervous system in female students with anovulatory cycle were established: decreasing of level of activation of the central nervous system in individuals with "intense" and "unstable" types of temperament and workability of girls of "adequate" type. The application of complex reproductive health evaluation to female students to establish personaly temperamental features will input into forming of risk groups relating to development of menstrual cycle disorders in female students.

Keywords: temperament; personal characteristics; students; menstrual cycle, oligomenorrhea; ovulatory menstrual cycle; functional state; central nervous system.

For citation: Alimbaeva M. A., Lisova N. A., Spiridonova M. S., Shilova O. Yu., Shilov S. N. The features of temperament and levels of activation of central nervous system of female students with various condition of reproductive health. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):245—249 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-245-249>

For correspondence: Lisova N. A., the Senior Lecturer of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The V. P. Astafiev Krasnoyarsk State Pedagogical University", e-mail: nadia.krs@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study was performed with the support of the Krasnoyarsk Regional Science Foundation in the framework of the project: "Development and implementation of an effective science-intensive high-tech methodology for correcting cognitive impairment in disabled children".

Received 04.07.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Учебная деятельность студентов полна стрессогенных ситуаций, сопровождающихся чувством тре-

воги, эмоциональным и нервно-психическим напряжением, что в целом сказывается на функциональном состоянии их организма и влияет на

цикличность функционирования репродуктивной системы в сторону ухудшения динамики показателей состояния их репродуктивной системы [1, 2]. Отчетливо данные реакции проявляются у девушек-студенток в связи с более высоким уровнем тревожности и эмоциональной чувствительности, высоким уровнем напряжения сердечно-сосудистой системы при психогенных нагрузках по сравнению с юношами. Известна взаимосвязь стрессовых ситуаций с нарушением менструального цикла (МЦ) в период обучения в высших учебных заведениях [3—7].

Исследование индивидуальных психофизиологических характеристик и функционального состояния студенток может помочь в ранней диагностике перенапряжения и срыва регуляторных систем организма, а также предупреждению нарушений функционирования их репродуктивной системы.

Известно, что функциональные изменения, происходящие в организме человека при нервно-психическом напряжении, обусловлены изменениями в центральной нервной системе (ЦНС). Уровень функционирования ЦНС представляет собой прогностический показатель, определяющий в значительной степени поведение организма и его возможности в процессе деятельности. Для определения функциональных резервов ЦНС наиболее информативным и простым способом является оценка параметров сенсомоторного реагирования [8]. Показано, что скорость и точность реагирования на зрительный стимул характеризуют эффективность работы головного мозга, стабильность регуляторных процессов в нервной системе [9, 10].

Установлено, что время реакции зависит от генетически запрограммированных особенностей работы структур головного мозга и типологических особенностей: преобладания возбуждения по «внешнему» балансу, подвижности возбуждения и торможения, лабильности, нейробиологического порога чувствительности [11—13].

Принято считать, что ответная реакция человека на физические, интеллектуальные и информационные нагрузки предопределяется не только величиной и длительностью воздействия, но и индивидуальными, возрастными, типологическими особенностями и состоянием организма на момент воздействия [14, 15]. При этом индивидуальные свойства психики, в том числе свойства темперамента, обусловленные особенностями нервной системы, играют важную роль в адаптации организма к окружающей среде. Показано определенное влияние темпераментальных свойств личности на функциональные возможности организма и резерв здоровья [16, 17].

К настоящему времени, однако, практически отсутствуют или имеют противоречивый характер данные о влиянии активационных процессов в нервной системе и функционального состояния ЦНС на становление репродуктивного цикла у девушек с разным типом темперамента.

Актуальность и недостаточная разработанность данных вопросов послужили предпосылкой для проведения исследования.

В связи с вышесказанным **целью** исследования стало изучение взаимосвязи между темпераментальными особенностями и функциональным состоянием ЦНС девушек с различными режимами функционирования репродуктивной системы.

Материалы и методы

В исследовании участвовало 115 студенток (средний возраст испытуемых — $17,08 \pm 1,38$ года) с разным состоянием менструальной функции. Все участницы давали информированное согласие на обследование. Респондентки были разделены на две группы. В 1-ю группу вошла 51 (44,3%) девушка с нормогонадотропным, нормопролактиновым вариантом ановуляции. Критериями включения обследуемых в эту группу были нормальный уровень гонадотропных гормонов, исключение других вариантов ановуляции (гиперпролактинемии, синдрома поликистозных яичников — СПКЯ, гипер- и гипогонадотропных нарушений).

Во 2-ю группу отнесены 64 (55,7%) девушки с овulatoryным МЦ. Верификация этого состояния подтверждалась гормональным обследованием.

Экспериментальной базой служил молодежный центр «Академия молодой семьи» г. Красноярск.

Для выявления особенностей темпераментальных характеристик использовался русскоязычный вариант опросника DOTS-R в адаптации В. Г. Колпакова. Выделение типов темперамента производилось по нескольким индексам [18]:

- индекс выраженности поведенческих проявлений (ИВПП), включающий такие характеристики, как настроение, чувствительность, общая активность и интенсивность;
- индекс прочности стереотипов поведения (ИПСП), включающий такие характеристики, как ритмичность (сна, еды, в привычках) и активность во сне.

По высоким, средним и низким значениями ИВПП выделяли интенсивный (Ин), адекватный (Ад) и спокойный (Сп) типы, по ИПСП — ригидный (Риг), пластичный (Пл) и лабильный (Лаб) типы темперамента.

Для определения функционального состояния ЦНС были выбраны тесты простой (ПЗМР) и сложной (СЗМР) зрительно-моторной реакции с использованием прибора УПФТ-1/30-«Психофизиолог». В расчете использовались: уровень активации ЦНС (KL), число ошибочных действий (ER), среднее время ответной реакции на группу зрительных стимулов (MO) и его среднеквадратичное отклонение (SD) [19, 20].

Математическая обработка результатов проводилась с использованием статистического программного пакета Statistica for Windows и Excel 2007.

Результаты исследования

Анализ показателей тестов выявил достоверные различия по MO, ER и KL у девушек исследуемых групп в зависимости от типа темперамента.

Средние показатели сенсомоторного реагирования у девушек с различными типами темперамента

Группа	Тип темперамента	ПЗМР				СЗМР			
		SD, мс	МО, мс	ER, шт	KL, балл	SD, мс	МО, мс	ER, шт	KL, балл
Девушки с ановуляцией	Сп, n=9	51,89± 5,76	246,78± 12,43**	0,55± 0,32	2,78± 0,38	88,44± 10,24	432,22± 25,24	0,67± 0,22**	4,22± 0,34*
	Ад, n=29	58,31± 7,47	243,69± 4,98	0,86± 0,19	2,70± 0,15	95,79± 8,15	421,1± 11,81	2,21± 0,37	2,93± 0,21#
	Инт, n=13	52,31± 10,26	239,38± 7,08	0,92± 0,33	2,83± 0,24#	75,5± 5,76	405,46± 18,4	2,23± 0,61	2,92± 0,36
	Лаб, n=12	54,17± 7,19	254,5± 8,69	0,67± 0,27	2,69± 0,25	82,33± 5,97	435,25± 11,27	1,08± 0,41**	3,85± 0,28**
	Пл, n=24	58,87± 6,17	241,08± 5,55	0,87± 0,20	2,77± 0,16	83,50± 5,57	419,29± 14,33	1,87± 0,29	3,03± 0,22
Девушки с овуляторным МЦ	Риг, n=15	51,67± 12,19	237,33± 5,85**	0,87± 0,3	2,71± 0,26#	104,27± 15,00	405,8± 16,76**	2,70± 0,66**	2,43± 0,44**
	Сп, n=13	74,69± 12,28	298,95± 21,69	1,00± 0,58	2,15± 0,28	110,46± 24,83	462,00± 26,94	2,92± 0,84	2,61± 0,32
	Ад, n=36	53,69± 6,27	239,92± 6,69	0,58± 0,14	2,92± 0,17	81,97± 3,54	400,8± 8,23	2,00± 0,4	3,52± 0,23
	Инт, n=15	60,87± 14,16	231,53± 11,54	1,20± 0,27	3,27± 0,22	91,6± 8,09	388,6± 15,21	3,80± 0,69	2,54± 0,35
	Лаб, n=12	66,33± 13,78	248,08± 9,64	1,08± 0,36	2,00± 0,28	91,42± 6,38	405,5± 15,63	3,58± 0,84	2,60± 0,53
	Пл, n=39	54,77± 6,07	235,78± 6,20	0,69± 0,23	2,81± 0,15	80,00± 3,58	396,36± 7,48	2,44± 0,41	3,17± 0,20
	Риг, n=13	68,08± 15,39	289,99± 24,91	0,92± 0,28	3,27± 0,39	94,92± 10,26	468,69± 25,28	1,00± 0,39	3,65± 0,39

Примечание. *Значимо для девушек с ановуляцией и овуляторным МЦ при $p < 0,01$; **при $p < 0,05$; #различие уровней KL для девушек с ановуляцией и овуляторным МЦ.

При обработке показателей ПЗМР установлены достоверные различия уровня активации ЦНС у девушек с «интенсивным» и «ригидным» типами (см. таблицу). У студенток с данными типами темперамента и овуляторным МЦ уровень активации ЦНС был выше и, соответственно, выше уровень их функциональных возможностей.

Время реакции «спокойных» и «ригидных» девушек с ановуляцией было достоверно короче, что может быть объяснено ослаблением тормозных процессов, связанных с перевозбуждением ЦНС.

При анализе параметров теста СЗМР среди девушек исследуемых групп по ИВПП достоверные различия показателей ER и KL установлены у лиц со «спокойным» типом темперамента (рис. 1). У «спокойных» студенток с ановуляцией уровень работоспособности был выше, наблюдались повышенная бдительность, избыточное напряжение регуляторных механизмов и низкий показатель ER по сравнению с другой группой. Это может объясняться тем, что нарушение менструального цикла, становясь сильным стрессором, приводит к повышенной бдительности и избыточному напряжению регуляторных механизмов.

«Адекватные» девушки с овуляторным МЦ имели более высокий уровень работоспособности за счет более высокого бысродействия и качества выполнения теста. Для «интенсивных» девушек с ановуляцией характерным является более длительное время ответной реакции и отмечен более низкий уровень активации ЦНС, чем у девушек с овуляторным МЦ, и, соответственно, уровень их функциональных возможностей значительно ниже.

Здесь и на рис. 2 за 100% приняты показатели девушек с овуляторным циклом. Градуировка шкал (цена деле-

ния) одинакова внутри каждого типа темперамента.

Анализ параметров сенсомоторных реакций девушек с ановуляцией относительно студенток с овуляторным МЦ по ИПСП показал достоверные различия качества выполнения теста и уровня сенсомоторных реакций у респонденток с «ригидным» и «лабильным» типами темперамента (рис. 2).

«Лабильные» девушки с ановуляцией проявляли большую сосредоточенность, нежели девушки с овуляторным МЦ. Известно, что качество выполнения теста зависит от подвижности нервных процессов и

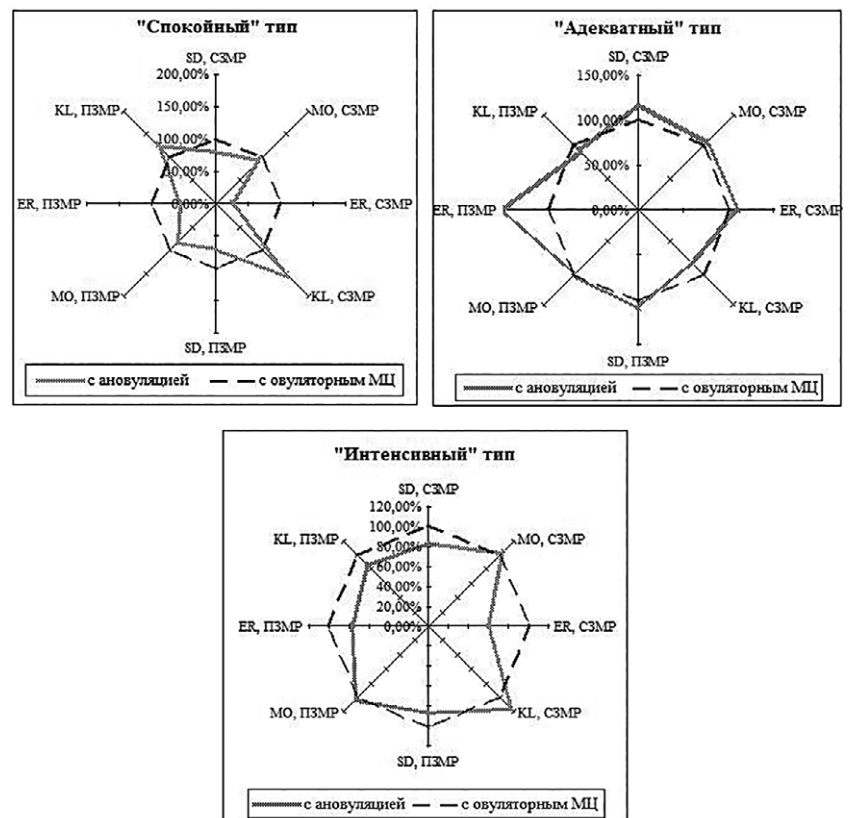


Рис. 1. Показатели сложной зрительно-моторной реакции у студенток с разным ИВПП (в %).

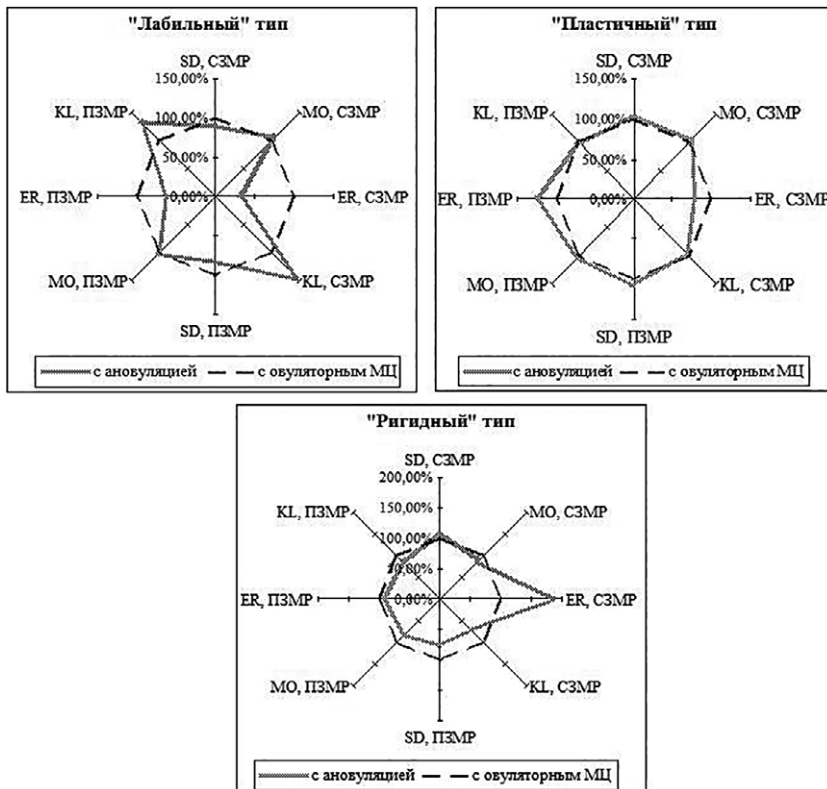


Рис. 2. Показатели сложной зрительно-моторной реакции у студенток с разным ИПСП (в %).

их равновесия [21], а снижение уровня работоспособности связано с предрасположенностью к более быстрому развитию признаков утомления [22, 23].

У «ригидных» лиц с ановуляцией по сравнению с девушками с овуляторным МЦ отмечен сниженный уровень работоспособности при высоком быстродействии и преобладании большого количества ошибок, что свидетельствует о быстрой истощаемости и неуравновешенности нервной системы.

У «пластичных» девушек с овуляторным МЦ также был отмечен более высокий уровень активации ЦНС и уровень функциональных возможностей.

Обсуждение

Оценка характеристик сенсомоторных реакций позволила установить особенности функционального состояния ЦНС лиц разных типов темперамента. Полученные нами результаты свидетельствуют не только о влиянии темпераментальных свойств личности и функциональных состояний ЦНС на функционирование репродуктивной системы девушек-студенток, но и определяют специфику произвольной двигательной реактивности у девушек с ановуляцией и овуляторным МЦ в зависимости от ВП-типа темперамента.

У представительниц каждого типа темперамента вырабатывается различный, присущий во многом только ей, тип реагирования, который может приводить к возникновению нарушений МЦ. Возможно, нарушения, проявляющиеся в ановуляторной форме, у «спокойных» и «лабильных» девушек являются

«ценой» адаптации их организма к стрессовым ситуациям. Для обеспечения необходимого уровня работоспособности мобилизуется большинство имеющихся в организме функциональных резервов, в том числе репродуктивной системы. Соответственно, у студенток с данными типами темперамента под воздействием длительных интеллектуальных нагрузок, возникающих в процессе учебы, существует высокая вероятность нарушений ритмичности функционирования репродуктивной системы.

Заключение

В целом установлено, что функциональное состояние ЦНС девушек с различными режимами функционирования репродуктивной системы и темпераментальными свойствами личности имеют следующие взаимосвязи: функциональные резервы ЦНС при овуляторном МЦ выше, чем у лиц с ановуляцией. Уровень активации ЦНС «интенсивных» и «ригидных» студенток с олигоменореей ниже такового у девушек с овуляторным циклом. Работоспособность «адекватных» ниже за счет более низкого быстродействия и качества выполнения теста.

Считаем, что при организации учебной деятельности с целью предупреждения перенапряжения регуляторных механизмов и сохранения репродуктивного здоровья девушек целесообразно учитывать темпераментальные свойства личности обучающихся.

Исследование выполнено при поддержке Красноярского краевого фонда науки в рамках реализации проекта: «Разработка и внедрение эффективной наукоемкой высокотехнологической методики коррекции когнитивных нарушений у детей-инвалидов».

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Nagma S., Kapoor G., Bharti R., Batra A., Aggarwal A., Sablok A. To Evaluate the Effect of Perceived Stress on Menstrual Function. *J. Clin. Diagn. Res.* 2015 Mar;9(3):QC01—QC03. doi: 10.7860/JC-DR/2015/6906.5611
2. Liu J. H., Bill A. H. Stress-associated or functional hypothalamic amenorrhea in the adolescent. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2008;1135:179—84. doi: 10.1196/annals.1429.027
3. Blandin K. Temperament and typology. *J. Analyt. Psychol.* 2013;58:118—36. doi: 10.1111/j.1468-5922.2013.02020
4. Jacobs M. B., Boynton-Jarrett R. D., Harville E. W. Adverse childhood event experiences, fertility difficulties and menstrual cycle characteristics. *J. Psychosomat. Obstetr. Gynecol.* 2015;36:46—57. doi: 10.3109/0167482x.2015.1026892
5. Lee J. C., Yu B. K., Byeon J. H., Lee K. H., Min J. H., Park S. H. A study on the menstruation of Korean adolescent girls in Seoul. *Korean J. Pediatr.* 2011;54:201—06. doi: 10.3345/kjp.2011.54.5.201
6. Mi Yu, Kyungdo Han, Ga Eun Nam. The association between mental health problems and menstrual cycle irregularity among adolescent Korean girls. *J. Affect. Disord.* 2017;210:43—8. doi: 10.1016/j.jad.2016.11.036
7. Popat V. B., Prodanov T., Calis K. A., Nelson L. M. The menstrual cycle: a biological marker of general health in adolescents. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2008;1135:43—51. doi: 10.1196/annals.1429.040

Здоровье и общество

8. Игнатова Ю. П., Макарова И. И., Яковлева К. Н., Аксенова А. В. Зрительно-моторные реакции как индикатор функционального состояния центральной нервной системы. *Ульяновский медико-биологический журнал*. 2019;(3):38—51. doi: 10.34014/2227-1848-2019-3-38-51
9. Shtofel D., Konstishyn S., Navrostska K., Zlepko S., Tymchuk S. Reaction parameter and modified sensorimotor reaction method for assessment of functional potential of nervous system. *Nat. J. Biomed. Engineering*. 2017;1(1). doi: 10.6084/m9.figshare.5230345
10. Нехорошкова А. Н., Грибанов А. В., Депутат И. С. Сенсомоторные реакции в психофизиологических исследованиях (обзор). *Журнал медико-биологических исследований*. 2015;(1):38—48.
11. Buhmann T., Di Paolo E., Barandarian X. A dynamical systems account of sensorimotor contingencies. *Front. Psychol.* 2013;4:285. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00285
12. Seth A. K. A predictive processing theory of sensorimotor contingencies: Explaining the puzzle of perceptual presence and its absence in synesthesia. *Cogn. Neurosci.* 2014;5:97—118. doi: 10.1080/17588928.2013.877880
13. Deary I. J., Liewald D., Nissan J. A free, easy-to-use, computer-based simple and four-choice reaction time programme: The Deary-Liewald reaction time task. *Behav. Res. Methods*. 2011;43:258—68. doi: 10.3758/s13428-010-0024-1
14. Bae J., Park S., Kwon J. W. Factors associated with menstrual cycle irregularity and menopause. *BMC Women's Health*. 2018;18(1):36. doi: 10.1186/s12905-018-0528-x
15. Благинин А. А., Синельников С. Н., Смольянинова С. В. Особенности оценки функционального состояния у операторов с учетом индивидуальных психологических характеристик. *Физиология человека*. 2017;43(1):11—7.
16. Шарыпова Н. В., Свешников А. А. Изменения менструального цикла и минеральной плотности костей скелета при экзаменационном стрессе у студенток. *Современные проблемы науки и образования*. 2007;6(2):65—9.
17. Лисова Н. А., Шилов С. Н. Особенности темперамента и волевой саморегуляции у студентов спортивного и гуманитарного профилей обучения. *Вестник Новосибирского государственного педагогического университета*. 2017;7(3):72—88. doi: 10.15293/2226-3365.1703.05
18. Петросян Е. Ю., Савченков Ю. И. Метод определения частных ВП-типов темперамента по результатам исследования его черт по А. Томасу. *Сибирское медицинское обозрение*. 2009;(5):35—8.
19. Гулин А. В., Шутова С. В., Муравьева И. В. Особенности сенсомоторного реагирования студентов на различных этапах обучения в вузе. *Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки*. 2012;17(3):944—7.
20. Руденко О. С. Функциональное состояние центральной нервной системы студентов II курса. *Экология Южной Сибири и сопредельных территорий*. 2018;(1):135—6.
21. Heitz R. P. The speed-accuracy tradeoff: history, physiology, methodology, and behavior. *Front. Neurosci.* 2014;8:1—19. doi: 10.3389/fnins.2014.00150
22. Байгузин П. А., Шибкова Д. З. Функциональное состояние центральной нервной системы при воздействии слабоструктурированной информации. *Человек. Спорт. Медицина*. 2017;17(5):32—42. doi: 10.14529/hsm17s04
23. Yamamoto K., Okazaki A., Sakamoto Y., Funatsu M. The relationship between premenstrual symptoms, menstrual pain, irregular menstrual cycles, and psychosocial stress among Japanese College Students. *J. Physiol. Anthropol.* 2009;28(3):129—36. doi: 10.2114/jpa2.28.129
4. Jacobs M. B., Boynton-Jarrett R. D., Harville E. W. Adverse childhood event experiences, fertility difficulties and menstrual cycle characteristics. *J. Psychosomat. Obstetr. Gynecol.* 2015;36:46—57. doi: 10.3109/0167482x.2015.1026892
5. Lee J. C., Yu B. K., Byeon J. H., Lee K. H., Min J. H., Park S. H. A study on the menstruation of Korean adolescent girls in Seoul. *Korean J. Pediatr.* 2011;54:201—06. doi: 10.3345/kjp.2011.54.5.201
6. Mi Yu, Kyungdo Han, Ga Eun Nam. The association between mental health problems and menstrual cycle irregularity among adolescent Korean girls. *J. Affect. Disord.* 2017;210:43—8. doi: 10.1016/j.jad.2016.11.036
7. Popat V. B., Prodanov T., Calis K. A., Nelson L. M. The menstrual cycle: a biological marker of general health in adolescents. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2008;1135:43—51. doi: 10.1196/annals.1429.040
8. Ignatova Yu. P., Makarova I. I., Yakovleva K. N., Aksenova A. V. Visual-motor reactions as an indicator of the functional state of the Central nervous system. *Ulyanovskiy mediko-biologicheskij zhurnal*. 2019;(3):38—51. doi: 10.34014/2227-1848-2019-3-38-51 (in Russian)
9. Shtofel D., Konstishyn S., Navrostska K., Zlepko S., Tymchuk S. Reaction parameter and modified sensorimotor reaction method for assessment of functional potential of nervous system. *Nat. J. Biomed. Engineering*. 2017;1(1). doi: 10.6084/m9.figshare.5230345
10. Nekhoroshkova A. N., Griбанov A. V., Deputat I. S. Sensorimotor reactions in psychophysiological research (review). *Zhurnal mediko-biologicheskikh issledovaniy*. 2015;(1):38—48 (in Russian).
11. Buhmann T., Di Paolo E., Barandarian X. A dynamical systems account of sensorimotor contingencies. *Front. Psychol.* 2013;4:285. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00285
12. Seth A. K. A predictive processing theory of sensorimotor contingencies: Explaining the puzzle of perceptual presence and its absence in synesthesia. *Cogn. Neurosci.* 2014;5:97—118. doi: 10.1080/17588928.2013.877880
13. Deary I. J., Liewald D., Nissan J. A free, easy-to-use, computer-based simple and four-choice reaction time programme: The Deary-Liewald reaction time task. *Behav. Res. Methods*. 2011;43:258—68. doi: 10.3758/s13428-010-0024-1
14. Bae J., Park S., Kwon J. W. Factors associated with menstrual cycle irregularity and menopause. *BMC Women's Health*. 2018;18(1):36. doi: 10.1186/s12905-018-0528-x
15. Blaginina A. A., Sinel'nikov S. N., Smol'yaninova S. V. Features of evaluating the functional state of operators with regard to individual psychological characteristics. *Fiziologiya cheloveka*. 2017;43(1):11—7 (in Russian).
16. Sharypova N. V., Sveshnikov A. A. Changes in the menstrual cycle and mineral density of skeletal bones during examination stress in female students. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2007;6(2):65—9 (in Russian).
17. Lisova N. A., Shilov S. N. Peculiarities of temperament and voluntary self-regulation in sports and humanities students. *Vestnik Novosibirskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta = Bulletin of the Novosibirsk state pedagogical University*. 2017;7(3):72—88. doi: 10.15293/2226-3365.1703.05
18. Petrosyan E. Yu., Savchenkov Yu. I. Method for determining particular VP-types of temperament based on the results of the study of its features by A. Thomas. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie*. 2009;(5):35—8 (in Russian).
19. Gulina A. V., Shutova S. V., Muravyova I. V. Features of sensorimotor response of students at various stages of training in higher education. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: Estestvennye i tekhnicheskie nauki*. 2012;17(3):944—7 (in Russian).
20. Rudenko O. S. Functional state of the Central nervous system of second-year students. *Ekologiya Yuzhnoy Sibiri i sopredel'nykh territoriy*. 2018;(1):135—6 (in Russian).
21. Heitz R. P. The speed-accuracy tradeoff: history, physiology, methodology, and behavior. *Front. Neurosci.* 2014;8:1—19. doi: 10.3389/fnins.2014.00150
22. Baiguzhin P. A., Shibkova D. Z. Functional state of the Central nervous system under the influence of weakly structured information. *Chelovek. Sport. Meditsina*. 2017;17(5):32—42. doi: 10.14529/hsm17s04 (in Russian).
23. Yamamoto K., Okazaki A., Sakamoto Y., Funatsu M. The relationship between premenstrual symptoms, menstrual pain, irregular menstrual cycles, and psychosocial stress among Japanese College Students. *J. Physiol. Anthropol.* 2009;28(3):129—36. doi: 10.2114/jpa2.28.129

Поступила 04.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

© Коллектив авторов, 2021
УДК [331.46 + 613.62] (470.11/2)

Бедарева В. Е.¹, Меньшикова Л. И.², Варакина Ж. Л.³, Кравцова Л. Н.⁴

ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ТРАВМ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ГУ Архангельское региональное отделение Фонда социального страхования РФ, 163072, г. Архангельск;

²ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва;

³ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, 163000, г. Архангельск;

⁴ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Архангельской области и Ненецкому автономному округу» Минтруда России, 163000, г. Архангельск

В статье представлен анализ первичной инвалидности Северного региона по сравнению с РФ в целом, а также показана динамика и структура инвалидности вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний. В период 2008—2018 гг. в Архангельской области уровень инвалидности по изучаемой группе причин снизился в 9,3 раза. Доля трудоспособного населения составляет 83,4%. Наибольший вклад в структуру инвалидности по причинам вносят производственные травмы.

К л ю ч е в ы е с л о в а: производственные травмы; профессиональные заболевания; инвалидность.

Для цитирования: Бедарева В. Е., Меньшикова Л. И., Варакина Ж. Л., Кравцова Л. Н. Инвалидность вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний в Архангельской области. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):250—253. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-250-253>

Для корреспонденции: Варакина Жанна Леонидовна, декан лечебного факультета, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Северного государственного медицинского университета, e-mail: ravenzh@yandex.ru

Bedareva V. E.¹, Menshikova L. I.², Varakina Zh. L.³, Kravtsova L. N.⁴

THE DISABILITY DUE TO INDUSTRIAL INJURIES AND OCCUPATIONAL DISEASES IN THE ARKHANGELSK OBLAST

¹State Institution — Arkhangelsk regional department of the social insurance Fund of the Russian Federation, 163045, Arkhangelsk;

²Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow;

³Northern State Medical University of of Minzdrav of Russia, 163000, Arkhangelsk;

⁴Main Bureau of medical and social expertise for the Arkhangelsk region and the Nenets Autonomous district of Ministry of Labour of Russia, 163071, Arkhangelsk

The article presents analysis of primary disability in the Northern Region as compared with The Russian Federation. The dynamics and structure of disability due to occupational injuries and diseases is presented. In 2008—2018, in the Arkhangelsk Oblast the level of disability for the analyzed group of causes decreased up to 9.3 times. The proportion of population of able-bodied age makes 83.4%. The occupational injuries input the largest contribution to disability structure.

К е y w o r d s: occupational injuries; occupational diseases; disability.

For citation: Bedareva V. E., Menshikova L. I., Varakina Zh.L., Kravtsova L. N. The disability due to industrial injuries and occupational diseases in the Arkhangelsk Oblast. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;29(2):250—253 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-250-253>

For correspondence: Varakina Zh.L., the Dean of the Medical Faculty, professor of the Chair of Public Health, Health Care and Social Activities of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Northern State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: ravenzh@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.07.2020
Accepted 29.10.2020

Введение

Инвалидность характеризует потерю трудового потенциала общества, являясь важным показателем популяционного здоровья. На динамику и структуру первичной инвалидности оказывают влияние совокупность факторов (экономических, социальных, демографических), а также изменения статистического анализа и законодательного регулирования, что существенно отражается на уровне интенсивного показателя [1]. В эту группу факторов следует включить и травматизм, который негативно влияет на общественное здоровье [2]. Отдельного внима-

ния требует анализ производственных травм и профессиональных заболеваний, поскольку они формируют значительный ущерб здоровью человека, его семье, а также производству и обществу в целом [3, 4]. Процесс инвалидизации работников оказывает прямое влияние на финансовые расходы по пенсионному и социальному обеспечению, лечению и реабилитации [5]. По данным ВОЗ, в большинстве стран мира экономический ущерб «по причине проблем здоровья, связанных с работой» составляет 4—6% валового национального продукта (ВВП) [6].

По данным Роструда, в Российской Федерации отмечается снижение уровня производственного

Здоровье и общество

травматизма. В 2019 г. число тяжелых несчастных случаев уменьшилось на 9% в сопоставлении с 2018 г. Тем не менее подсчитано, что экономический ущерб в результате неудовлетворительного состояния условий и охраны труда работников в среднем в год составляет 4,3% от валового внутреннего продукта [7]. Важным аспектом является укрепление и расширение программы по всем видам реабилитации инвалидов (медицинской, профессиональной и социальной) по причине производственных травм и профессиональных заболеваний [2, 8].

Охрана труда и здоровье людей являются одним из основных источников устойчивого развития экономики. В связи с этим аспекты анализа и оценки инвалидности, особенно среди лиц трудоспособного возраста, должны играть приоритетную роль в системе здравоохранения.

Цель исследования — проанализировать динамику и структуру инвалидности вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний в Архангельской области.

Материалы и методы

Анализ динамики уровня производственного травматизма и первичной инвалидности по РФ и Архангельской области проводился на основании материалов следующих официальных органов: Архангельского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации, Главного бюро медико-социальной экспертизы по Архангельской области и Ненецкому автономному округу, Федеральной службы государственной статистики, Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Архангельской области.

Уровень и структура инвалидности вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний в Архангельской области были рассчитаны нами самостоятельно по данным официальных форм статистического наблюдения. Средняя численность населения Архангельской области, по данным Федеральной службы государственной статистики, использовалась для расчета частотных показателей.

Сглаживание динамических рядов проводилось с помощью полинома второго и третьего порядка (аппроксимирующая функция). Коэффициент аппроксимации (R^2) оценивал правильность выбора уравнения сглаживания. Для расчета 95% доверительного интервала (95% ДИ) был использован метод Wilson.

Результаты исследования

По данным официальной статистики, в 2019 г. доля лиц, имеющих вредные и опасные условия труда, составила 38,3%, что выше, чем в 2007 г., на 13,9%. При этом данный показатель выше среди мужчин (46%). Больше воздействие оказывают шум, ультразвук, инфразвук (19,5%), что также выше, чем в с 2007 г. (13,2%).

Анализ инвалидности вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний следует начать с изучения характеристики и динамики производственного травматизма. За последние 13 лет (2007—2019) в РФ наблюдается снижение частоты травм на производстве в 2,3 раза (с 2,7 до 1,2 на 1 тыс. работников; полиномиальный тренд второго порядка $R^2=0,980$), что выше европейских показателей. Архангельская область является самым большим субъектом Европейской части Российской Федерации и имеет определенные особенности промышленного производства, влияющие на формирование контингента пострадавших на производстве. Специфику профессиональной патологии обуславливает характер производств региона. Ведущими являются следующие виды экономической деятельности: деревообработка, машиностроение и судостроение, добыча и переработка, водный транспорт.

В Архангельской области уровень травм на производстве выше, чем в целом по РФ, но происходят те же положительные изменения: снижение в 2,6 раза (с 4,9 до 1,9 на 1 тыс. работников; полиномиальный тренд второго порядка $R^2=0,962$).

Важным аспектом является анализ длительности одного случая временной потери трудоспособности в связи с травмой, полученной на производстве. Длительность случая производственной травмы, безусловно, показывает ее тяжесть. Так, в РФ средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности по причине несчастного случая на производстве выросла более чем в 2 раза (с 23,4 до 48,7 дня). В связи с этим можно предположить, что «утяжеление» производственных травм свидетельствует о недоучете более легких повреждений.

В 2019 г. на основании данных Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Архангельской области 9 лицам впервые был установлен диагноз профессионального заболевания. Доля профессиональных заболеваний и отравлений с утратой трудоспособности в этот же период составила 70% (увеличение на 12,1% по сравнению с 2017 г.) [9].

В 2019 г. в Архангельской области (включая Ненецкий автономный округ) инвалидами признаны 88 400 человек, из них 43,2% мужчин, 56,8% женщин.

Сравнение за 2000—2019 гг. среднего показателя первичной инвалидности населения РФ и Архангельской области показало, что уровни его практически одинаковы. При этом с 2011 г. частота первичной инвалидности в Архангельской области превышает общероссийский показатель на 18,9%. Динамические изменения показателя следует рассматривать отдельно по двум периодам: до 2005 г. и, соответственно, после 2005 г., где в первом периоде происходит стремительное увеличение уровня (показатель наглядности в Архангельской области составляет 164,2%), во втором — снижение (показатель наглядности — 50,6%). Пик в 2005 г. обусловлен законодательными изменениями в порядке формиро-

Таблица 1

Динамика инвалидности в результате производственных травм и профессиональных заболеваний в Архангельской области с 2008 по 2018 г.

Год	Уровень инвалидности, на 10 тыс. населения	95% ДИ	Уровень инвалидности в трудоспособном возрасте, на 10 тыс. населения соответствующего возраста	95% ДИ
2008	7,4	7,2—7,7	10,6	9,9—11,2
2009	6,6	6,4—6,9	9,1	8,5—9,7
2010	5,5	5,2—5,8	7,5	7,0—8,1
2011	3,6	3,4—3,9	5,1	4,6—5,6
2012	3,1	2,8—3,3	4,5	4,1—5,0
2013	2,2	1,9—2,4	2,9	2,5—3,3
2014	2,4	2,2—2,6	3,1	2,7—3,5
2015	1,7	1,5—1,9	2,1	1,8—2,5
2016	0,8	0,6—1,0	0,9	0,7—1,1
2017	0,9	0,7—1,1	0,9	0,7—1,1
2018	0,8	0,7—1,0	0,9	0,7—1,1

вания пенсий по инвалидности, в результате чего резко увеличился поток граждан в бюро МСЭ на освидетельствование.

По данным Минтруда России, доля лиц, впервые признанных инвалидами по производственной причине, составляет 0,2% (0,1 на 10 тыс. населения). Аналогичен показатель и по причинам инвалидности в результате профессиональных заболеваний.

В связи с существующим различием в показателях инвалидности по данным различных ведомств нами самостоятельно был рассчитан уровень инвалидности в результате производственных травм и профессиональных заболеваний. Для расчетов была использована форма № 7 — собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», которая формируется на базе Главного бюро медико-социальной экспертизы по Архангельской области и Ненецкому автономному округу. При расчете интенсивного показателя инвалидности по причине производственных травм и профессиональных заболеваний в Архангельской области с 2008 по 2018 г. отмечено снижение уровня в 9,3 раза. В трудоспособном возрасте данный показатель выше, что объясняется и более высоким уровнем производственного травматизма в этой возрастной группе (табл. 1). В среднем за изучаемый период доля трудоспособного населения в структуре состав-

ляет 83,4% (95% ДИ 79,4—86,8). При этом к 2018 г. доля лиц трудоспособного возраста снижается от 90,6% (95% ДИ 88,6—92,3) до 58,1% (95% ДИ 47,9—67,6).

В целом наибольший удельный вес в структуре инвалидности в изучаемой группе по причинам занимают производственные травмы, их доля становится выше с 2012 г., что обусловлено значимым уменьшением уровня профессиональной заболеваемости, а также неудовлетворительной организацией производства работ в регионе, подтвержденной результатами проверок Государственной инспекции труда в Архангельской области и Ненецком автономном округе [10]. Следует также отметить, что доля трудоспособного возраста выше в группе инвалидов по причине производственной травмы (табл. 2).

Заключение

Проведенный анализ показал, что за последние 13 лет в Архангельской области уровень производственного травматизма снизился в 2,6 раза. При этом длительность одного случая временной потери трудоспособности по причине производственной травмы возросла, что косвенно свидетельствует об утяжелении полученных производственных травм. Соответственно снижается и уровень инвалидности вследствие производственных травм и профессиональных заболеваний, особенно в трудоспособном возрасте, что говорит о необходимости дальнейшей разработки и реализации мероприятий, направленных на оптимизацию безопасных условий труда работников.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Варакина Ж. Л., Арапова Л. А., Вязьмин А. М., Санников А. Л. Динамические тенденции и региональные особенности инвалидности в Архангельской области как ведущего параметра общественного здоровья. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2013;(4):18—20.
2. Щетинин С. А. Анализ инвалидности и смертности вследствие травм и разработка инновационных технологий реабилитации. *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. 2014;(2):61—5.

Таблица 2

Структура инвалидности в результате производственных травм и профессиональных заболеваний в Архангельской области с 2008 по 2018 г. по причинам (в %)

Год	Удельный вес инвалидности вследствие производственной травмы	Из них в трудоспособном возрасте	Удельный вес инвалидности вследствие профессиональных заболеваний	Из них в трудоспособном возрасте
2008	41,4 (38,2—44,6)	94,9 (92,2—96,7)	58,6 (55,4—61,8)	90,2 (87,4—92,4)
2009	40,8 (37,5—44,2)	90,6 (86,9—93,3)	59,2 (55,8—62,6)	86,8 (83,4—89,5)
2010	41,6 (37,9—45,4)	89,0 (84,7—92,2)	58,4 (54,6—62,1)	86,7 (82,9—89,7)
2011	43,4 (38,8—48,2)	88,7 (83,3—92,5)	56,6 (51,2—61,2)	86,7 (81,9—90,4)
2012	51,3 (46,3—56,4)	87,5 (82,1—91,5)	48,7 (43,6—53,7)	89,6 (84,3—93,2)
2013	53,1 (47,5—58,5)	84,9 (78,6—89,5)	46,9 (41,5—52,5)	81,5 (74,4—86,9)
2014	54,7 (48,4—60,8)	82,1 (74,7—87,7)	45,3 (39,2—51,6)	69,4 (60,3—77,2)
2015	71,1 (61,0—79,5)	89,1 (79,1—94,6)	28,9 (20,5—38,9)	57,7 (39,0—74,4)
2016	68,5 (57,1—78,0)	80,0 (67,0—88,7)	31,5 (22,0—42,9)	43,5 (25,6—61,2)
2017	66,7 (52,5—78,3)	87,5 (71,9—95,0)	33,3 (21,7—47,5)	56,3 (33,2—69,1)
2018	69,4 (55,5—80,5)	88,2 (73,4—95,3)	30,6 (19,5—44,5)	53,3 (35,2—68,3)

Примечание. В скобках — 95% ДИ.

Здоровье и общество

3. Ковшов В. П. Региональные особенности распределения производственного травматизма и профессиональной заболеваемости. *Современные технологии обеспечения гражданской обороны и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций*. 2015;(1—2):29—31.
4. Бухтияров И. В., Измеров Н. Ф., Тихонова Г. И., Чуранова А. Н. Производственный травматизм как критерий профессионального риска. *Проблемы прогнозирования*. 2017;(5):140—9.
5. Коробов М. В., Карасаева Л. А., Сибогатулина Н. Ю., Деденева И. В. Экономическая стоимость инвалидизации и реабилитации лиц, пострадавших в результате производственного травматизма. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2014;(2):39—41.
6. Всемирная организация здравоохранения. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers-health> (дата обращения 10.03.2020).
7. Охрана труда в России. Режим доступа: <https://ohranatruda.ru> (дата обращения 14.03.2020).
8. Дымочка М. А., Андреева О. С., Омаров М. А., Шахсуварян С. Б., Тарасова Л. А., Рычкова М. А. Вопросы инвалидности и формирования трудовых рекомендаций для пострадавших вследствие профессиональных заболеваний в Российской Федерации. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2017;(3):116—21.
9. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2019 году». Режим доступа: <http://29.rospotrebnadzor.ru/documents/10156/3675c920-8b7f-4094-99d8-cbb9e3464c64> (дата обращения 11.04.2020).
10. Государственная инспекция труда в Архангельской области и Ненецком автономном округе. Режим доступа: https://git29.rostrud.ru/profilaktika_narusheni (дата обращения 11.04.2020).
1. Varakina Z. L., Arapova L. A., Vjaz'min A. M., Sannikov A. L. Dynamic trends and regional features of disability in the Arkhangelsk region as a leading parameter of public health. *Medico-social'naja ekspertiza i rehabilitacija*. 2013;(4):18—20 (in Russian).
2. Schetinina S. A. Analysis of disability and mortality due to injuries and development of innovative rehabilitation technologies. *Vestnik Vserossijskogo obshchestva specialistov po medico-social'noj ekspertize, rehabilitacii i reabilitacionnoj industrii*. 2014;(2):61—5 (in Russian).
3. Kovshov V. P. Regional features of the distribution of occupational injuries and morbidity. *Sovremennye tehnologii obespechenija grazhdanskoj oborony i likvidacii posledstvij chrezvychajnyh situacij*. 2015;(1—2):29—31 (in Russian).
4. Buhtijarov I. V., Izmerov N. F., Tihonova G. I., Churanova A. N. Occupational injuries as a criterion of professional risk. *Problemy prognozirovaniya*. 2017;(5):140—9 (in Russian).
5. Korobov M. V., Karasaeva L. A., Sibogatulina N. Yu., Dedeneva I. V. Economic cost of disability and rehabilitation of persons affected by industrial injuries. *Medico-social'naja ekspertiza i rehabilitacija*. 2014;(2):39—41 (in Russian).
6. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers-health> (accessed 10.03.2020) (in Russian).
7. Labor protection in Russia [*Okhrana truda v Rossii*]. Available at: <https://ohranatruda.ru> (accessed: 14.03.2020) (in Russian).
8. Dymochka M. A., Andreeva O. S., Omarov M. A., Shahcuvarjan S. B., Tarasova L. A., Rychkova M. A. Issues of disability and formation of employment recommendations for victims of occupational diseases in the Russian Federation. *Medico-social'naja ekspertiza i rehabilitacija*. 2017;(3):116—21 (in Russian).
9. State report «On the state of sanitary and epidemiological welfare of the population in the Arkhangelsk region in 2019» [*Gosudarstvennyy doklad «O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Arkhangel'skoy oblasti v 2019 godu»*]. Available at: <http://29.rospotrebnadzor.ru/documents/10156/3675c920-8b7f-4094-99d8-cbb9e3464c64> (accessed 11.04.2020) (in Russian).
10. State labour Inspectorate in the Arkhangelsk region and the Nenets Autonomous district [*Gosudarstvennaya inspektsiya truda v Arkhangel'skoy oblasti i Nenetskom avtonomnom okruge*]. Available at: https://git29.rostrud.ru/profilaktika_narusheni (accessed 11.04.2020) (in Russian).

Поступила 12.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

© Трубецков А. Д., Жиров К. С., 2021
УДК [613.6.027]:617.572:616.747.1—009.1

Трубецков А. Д., Жиров К. С.

«ЭФФЕКТ ЗДОРОВОГО РАБОЧЕГО» В РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЯХ МЕДИЦИНЫ ТРУДА (ОБЗОР)

Саратовский медицинский научный центр гигиены ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 410022, г. Саратов

«Эффект здорового рабочего» как источник систематических ошибок, который делает эпидемиологические исследования в области медицины труда менее достоверными, является значимой проблемой. Представляется важным анализ профессий и условий труда, при которых следует ожидать явления самоотбора и искусственного «оздоровления» производственной популяции.

Нами был проведен обзор научных публикаций в открытых базах данных и других источниках, обсуждающих влияние самоотбора при различных условиях труда и в различных профессиях. Приведены данные о наличии «эффекта здорового рабочего» при трудовой деятельности в условиях контакта с производственной пылью, аллергенами, радиацией, физической нагрузкой. При развитии самоотбора большое значение имеет психо-эмоционально насыщенный труд. Во многих специальностях данный эффект играет существенную роль в формировании заболеваемости артериальной гипертензией. Существенная текучесть кадров и самоотбор связаны со сменной и ночной работой, нарушением ритма сон—бодрствование в различных специальностях. Недоучет «эффекта здорового рабочего» может привести к заниженной оценке степени вредности трудовой деятельности. Его анализ, напротив, позволит получить более точные данные о влиянии профессиональных условий труда на организм человека, разработать методы профессионального отбора и рекомендаций по профилактике заболеваний.

К л ю ч е в ы е с л о в а : «эффект здорового рабочего»; самоотбор; медицина труда; обзор.

Для цитирования: Трубецков А. Д., Жиров К. С. «Эффект здорового рабочего» в различных областях медицины труда. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):254—259. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-254-259>

Для корреспонденции: Трубецков Алексей Дмитриевич, д-р мед. наук, профессор, зав. лабораторией Саратовского МНЦ гигиены ФБУН «ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», e-mail: adtrubetskov@gmail.com

Trubetskov A. D., Zhirov K. S.

“THE EFFECT OF HEALTHY WORKER” IN VARIOUS AREAS OF OCCUPATIONAL MEDICINE: THE PUBLICATIONS REVIEW

Saratov Medical Scientific Center of Hygiene of the Federal budget institution of science «Federal Scientific Center of Medical and Preventive Technologies of Public Health Risk Management», 410022, Saratov, Russian Federation

The article considers “the effect of healthy worker” as a source of systematic errors that makes epidemiological studies in occupational medicine less reliable and this is a significant problem. It is very important to analyze the professions and work conditions under which the phenomenon of self-selection and artificial «health improvement» of working population is to be expected.

The scientific publications from open databases and other sources, discussing effect of self-selection under various work conditions and in various professions were analyzed. The data related to effect of healthy worker during labor activity in conditions of contact with industrial dust, allergens, radiation, physical load is discussed. In development of self-selection, psycho-emotional intense work is of greatest importance. In many specialties, this effect plays an essential role in the formation of rate of arterial hypertension. The substantial staff turnover and self-selection are associated with shift and night work, disorders of sleep-wake rhythm in various specialties.

The underestimation of the effect of healthy worker may result in underestimation of the degree of harmfulness of work. On the contrary, its analysis will permit to obtain more accurate data on the impact of occupational work conditions on human organism and to develop methods of professional selection and recommendations on diseases prevention.

К e y w o r d s : healthy worker effect; self-selection; occupational medicine; review.

For citation: Trubetskov A. D., Zhirov K. S. “The effect of healthy worker” in various areas of occupational medicine: the publications review. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):254—259 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-254-259>

For correspondence: Trubetskov A. D., doctor of medical sciences, professor the Head of the Laboratory of the Saratov Medical Scientific Center of Hygiene of The Federal Budget Institution of Science “The Federal Scientific Center of Medical Preventive Technologies of Management of Health Risks of Population” of Rospotrebnadzor. e-mail: adtrubetskov@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.08.2020
Accepted 29.10.2020

«Эффект здорового рабочего» (ЭЗР) рассматривается как организованный и/или неорганизованный профессиональный отбор более здоровых работающих в неблагоприятных условиях труда, что сопровождается улучшением показателей состояния здоровья в изучаемой популяции по сравнению с контрольной группой с более благоприятными ус-

ловиями труда или с населением в целом. В итоге реальное увеличение смертности в результате воздействия профессиональных факторов может быть полностью или частично «замаскировано» [1—3]. Рассмотрение ЭЗР как источника систематических ошибок, который делает эпидемиологические исследования в медицине труда менее достоверными,

Здоровье и общество

является значимой проблемой. Существует ряд обзоров литературы, изучающих причины возникновения ЭЗР, его структуру, а также методы его устранения [4]. Одновременно представляется важным анализ профессий и условий труда, при которых следует ожидать явления самоотбора и искусственного «оздоровления» производственной популяции.

Производственная пыль являлась одним из первых факторов, на примере которого изучался ЭЗР. Первой была проанализирована смертность среди шахтеров [5–7]. В дальнейшем подобные явления выявили и другие авторы, в том числе у работников текстильной промышленности и сельского хозяйства [8, 9]. Так, именно с высокой текучестью кадров связано отсутствие патологии бронхолегочной системы у работников при воздействии высоких концентраций органической пыли при обработке картофеля [10]. При воздействии органической пыли у свиноводов отмечен закономерный рост частоты респираторных заболеваний при увеличении стажа [11]. Однако в группе наиболее стажированных работников число заболеваний было аналогично числу заболеваний в группе сравнения. Авторы предположили, что с увеличением длительности работы пациенты с патологией уходили из профессии, что создавало иллюзию отсутствия неблагоприятного влияния.

Развитие респираторных расстройств, препятствующих выполнению профессиональных обязанностей, позволяет верифицировать ЭЗР достаточно легко, тем более что часто воздействие аэрозолей сочетается с тяжелым физическим трудом. Физические нагрузки также были одним из первых факторов, при которых изучался ЭЗР, наряду с пылью. Плохо подготовленные к тяжелому физическому труду люди довольно быстро покидают рабочие места, требующие от них затрачивать большие усилия [8]. В частности, обсуждается вопрос влияния ЭЗР на статистику частоты паховых грыж [12]. В Дании проведено исследование, целью которого было определение влияния физических нагрузок на появление боли в спине у работников различных предприятий [13]. Выявлена настолько высокая текучесть кадров среди анкетированных рабочих, что провести продольное исследование уже не представлялось возможным. В 2001 г. выполнялось исследование, посвященное изучению влияния физических нагрузок на развитие болей в спине у монтажников. Высокая частота болевого синдрома была отмечена, но не было установлено ее зависимости от возраста и трудового стажа, что стало поводом для предположения значимости индивидуальных особенностей организма и наличия ЭЗР [14].

Отечественными авторами проведен цикл работ, посвященных исследованию возникновения артериальной гипертензии в профессиях, при которых работники подвергаются высоким физическим нагрузкам [15]. При этом особое внимание было уделено возникновению ЭЗР, а также эффекта нездорового рабочего (т. е. переход работников с отклонением в состоянии здоровья в профессии, не требую-

щие значительных усилий). При обследовании одного из предприятий было выявлено, что у работников транспортного отдела, профессиональная деятельность в котором характеризуется большими физическими нагрузками, уровень артериальной гипертензии, являющейся следствием тяжелых нагрузок, ниже, чем у работников склада, работа которых подразумевает меньшее физическое напряжение. При анализе текучести кадров установлено, что, как правило, работники транспортного отдела, здоровье или возраст которых не позволяет им продолжать трудовую деятельность, переводятся работать на склад.

Респираторные нарушения (в том числе в сочетании с другими проявлениями) могут быть связаны с воздействием не только фиброгенных аэрозолей, но и аллергенов. Отмечено, что аллергия и бронхиальная астма являются трудно изучаемыми на предмет ЭЗР факторами, поскольку работники, контактирующие с аллергенами, стараются как можно быстрее покинуть опасную для них профессию и делают это в кратчайшие сроки [16, 17]. Проводилось исследование по оценке уровня IgG4 у людей, работа которых связана с контактом с фитоаллергенами, в частности злаковыми культурами [18]. Согласно данным исследования, уровень IgG4 в группе испытуемых не был намного выше, чем в контрольной. Было выдвинуто предположение, что отрицательные результаты эксперимента получены из-за ЭЗР. У работников парикмахерских исследовалась частота дерматитов и респираторных заболеваний, в том числе бронхиальной астмы. Был обнаружен выраженный ЭЗР (увольнение сотрудников), при том что многие работники продолжали трудовую деятельность с крапивницей и астмой [19, 20]. Аналогичные выводы были сделаны при обследовании работников эпоксидного производства [21], кожеобрабатывающей промышленности в Индонезии [22], у населения, занимающегося лакокрасочными работами в Южно-Африканской Республике [23], «синих воротничков» [24], а также при масштабном исследовании по сравнению уровня астмы в США у работников аграрного сектора и населения в целом [25].

Психоэмоциональный стресс на рабочем месте может активно способствовать развитию таких заболеваний, как ишемическая болезнь сердца (ИБС) и сахарный диабет, а также принятию трудящимися решения о смене профессии [26]. Исследования по поиску эффекта найма (устройству на работу заводом здоровых работников) не дали серьезных результатов, однако впоследствии был выявлен дефицит смертности от ИБС, связанный с присутствием ЭЗР [27]. В Австралии также проведены исследования по выявлению уровня ИБС у пожарных и получены аналогичные результаты [28]. При исследовании хронического стресса у водителей городского транспорта проводились поиски корреляции между курением, употреблением алкоголя, стажем работы и симптоматикой нервного истощения [29]. Отрицательная корреляция между трудовым стажем и

симптоматикой нервного истощения объяснялась ЭЗР.

Явления самоотбора при работе, связанной с нарушением режима сна и бодрствования (ночной, сменный и вахтовый труд), исследуются достаточно часто, при том что данные о последствиях воздействия такого режима на организм неоднозначны. Вероятно, это связано с тем, что здоровый найм затруднен в сравнении, например, с тяжелым физическим трудом, и до начала работы потенциальному сотруднику сложно оценить степень своей адаптированности к данным формам организации трудовой деятельности. Ряд авторов указывают, что профессиональная вредность ночной работы маскируется за счет ЭЗР, хотя эта тема еще недостаточно изучена [30—32]. Однако существует и противоположное мнение, отрицающее роль ЭЗР в данном вопросе и объясняющее отсутствие достоверных различий однотипностью профессиональной вредности в дневную и ночную смены [33]. Подозревается влияние ЭЗР на сердечно-сосудистые заболевания при сменном труде [34, 35], у работающих посменно не обнаружено различия в заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями (был заподозрен ложноотрицательный результат по причине ЭЗР).

Существует мнение, что ЭЗР скрывает вред от ручного труда у медицинского персонала [31, 33, 36]. Было высказано предположение о целесообразности проведения исследования уровня ЭЗР у работников сменного труда старше 60 лет [37]. Самоотбор был обнаружен при исследовании нарушений сна у рабочих, переходивших со сменной на дневную работу [38]. Был обнаружен также ложноотрицательный результат по частоте диссомнических расстройств у рабочих, перешедших с ночного на дневной труд. Доказано, что уровень ЭЗР при сменной работе коррелирует с формой режима сменной работы [30, 39]. Выявлено влияние ЭЗР на статистику по развитию депрессивных состояний у работников сменного труда [40]. Данная ситуация особенно интересна, так как влияние последствий нарушения ритма трудовой деятельности не имеет четко очерченной клинической картины, нет однозначного понимания, какие заболевания следует относить к категории производственно обусловленных, тем более профессиональных. Текучесть кадров при сменных графиках отмечается многими, но какой именно фактор оказывается препятствием для продолжения работы, неизвестно. В ряде случаев проведение исследований затрудняется при сочетании нескольких неблагоприятных факторов. ЭЗР был выявлен при сменном труде в условиях ингаляции токсикантов, в частности нитрита железа, а также у сменных рабочих, занятых в нефтедобывающей промышленности, при работе в море на нефтедобывающем шельфе [32, 41].

Если воздействие промышленных аэрозолей или физической нагрузки очевидно для самого работника, то воздействие радиации не ощущается органолептически. Тем более интересно, что при радиоактивном воздействии неоднократно подтверждено

наличие ЭЗР. В данном случае предполагается, что это связано с социальным неравенством, поскольку работники, подверженные воздействию данного вредного фактора, как правило, получают более высокую заработную плату, проходят строгий медицинский отбор и осмотр, имеют возможности для лечения. Обследования проводили у физиков-ядерщиков [42], лиц, работающих на радиоактивных рудниках [43—45]. В настоящее время имеется ряд противоречий относительно влияния ЭЗР на статистику по уровню заболеваемости различных факторов, приводящих к возникновению онкологических заболеваний. Существует мнение, что онкогенные факторы не могут быть сильно подвержены ЭЗР, так как рак на ранней стадии формирования не оказывает серьезного воздействия на работоспособность [44]. В то же время есть исследования, посвященные предраковым состояниям (например, асбестоз), в которых было доказано присутствие ЭЗР [8]. Существуют исследования на тему того, что работа с факторами риска возникновения рака, в частности с ионизирующим излучением, не может быть достоверно оценена в плане вредности из-за того, что она выше оплачивается. При получении более высокой заработной платы, чем другие жители исследуемой популяции, работники, контактирующие с радиацией, могут позволить себе более качественные медицинские услуги, а также более высокий уровень жизни. Эти лица проходят регулярные и тщательные медицинские обследования, за счет чего большинство имеющихся у них заболеваний, в том числе и рак, заблаговременно выявляются и лечатся превентивно [45].

Существуют исследования, выявившие явления самоотбора в очень разнообразных и экзотических профессиональных популяциях: дефицит заболеваемости нейросенсорной тугоухостью у работников британского королевского военного оркестра [46], при сельскохозяйственных работах под открытым солнцем с воздействием ультрафиолета и солнечной радиации в США [47], в растениеводстве в условиях закрытого грунта (в теплицах) [48—50].

Таким образом, ЭЗР оказывается актуальной проблемой медицины труда, затрагивающей достаточно большое количество вредных профессий. Он может затрагивать традиционные профессиональные вредности и быть связанным с невозможностью работы в специальности (развитие дыхательной и/или сердечно-сосудистой недостаточности, болевого синдрома) при профессиональных и производственно обусловленных заболеваниях (астма, дерматиты, артериальная гипертензия), а также с индивидуальными последствиями для индивида (влияние стресса, нарушения ритма сон—бодрствование). В ряде публикаций наличие самоотбора в производственной популяции можно предполагать, но указание на это отсутствует при обсуждении материалов. При поперечном исследовании улучшение показателей здоровья в группе с увеличением стажа, например, может объясняться «адаптацией». Внимание к явлению в значительной сте-

Здоровье и общество

пени определяется существующим в рамках доказательной медицины акцентом на качество дизайна исследования и исключению всех возможных «систематических ошибок». С нашей точки зрения, полное исключение ЭЗР, осуществление рандомизации в медицине труда невозможно, но существует возможность его учета и анализа по различным косвенным признакам. Это позволит получить более точные данные о влиянии профессиональных условий труда на организм человека, разработать методы профессионального отбора и рекомендаций по профилактике заболеваний.

Выводы

1. ЭЗР рассматривается как значимая и частая систематическая ошибка при проведении эпидемиологических исследований в медицине труда, что необходимо учитывать при анализе полученных результатов.

2. ЭЗР встречается не только при очевидно неблагоприятных условиях труда (тяжелые физические нагрузки, работа шахтеров), но и в более благоприятных условиях при воздействии менее очевидных вредных факторов.

3. Учет и изучение ЭЗР значимо для дальнейшего развития профилактики нарушений состояния здоровья, связанных с трудовой деятельностью.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Максимов С. А. Эффект здорового рабочего в эпидемиологических исследованиях. *Медицина в Кузбассе*. 2015;(2):10—6.
- Международная организация труда. Энциклопедия по безопасности и гигиене труда. М.: Министерство труда и социального развития; 2001. 965 с.
- Трубецков А. Д. Эффект здорового рабочего в медицине труда. *Здоровье населения и среда обитания*. 2016;(9):38—40.
- Meijers J. M., Swaen G. M., Volovics A., Lucas L. J., van Vliet K. Occupational cohort studies: the influence of design characteristics on the healthy worker effect. *Int. J. Epidemiol.* 1989;(18):901—9.
- McMichael A. J. Standardized mortality ratios and the «healthy worker effect»: Scratching beneath the surface. *J. Occup. Med.* 1976;(3):165—8.
- Björ O., Damber L., Jonsson H., Nilsson T. A comparison between standard methods and structural nested modelling when bias from a healthy worker survivor effect is suspected: an iron-ore mining cohort study. *Occup Environ Med.* 2015;(7):536—42. doi: 10.1136/oemed-2014-102251
- Arrighi H. M., Hertz-Picciotto I. Controlling the healthy worker survivor effect: an example of arsenic exposure and respiratory cancer. *Occup. Environ. Med.* 1996;(7):455—62.
- Naimi A. I., Cole S. R., Hudgens M. G., Brookhart M. A., Richardson D. B. Assessing the component associations of the healthy worker survivor bias: occupational asbestos exposure and lung cancer mortality. *Ann. Epidemiol.* 2013;(6):334—41. doi: 10.1016/j.annepidem.2013.03.013
- Rushton L. Occupational causes of chronic obstructive pulmonary disease. *Rev. Environ. Health.* 2007;(3):195—212. doi: 10.1515/revh.2007.22.3.195
- Zock J. P., Heederik D., Doekes G. Evaluation of chronic respiratory effects in the potato processing industry: indications of a healthy worker effect? *Occup. Environ. Med.* 1998;(12):823—7. doi: 10.1136/oem.55.12.823
- Costa M., Teixeira P. J., Freitas P. F. Respiratory manifestations and respiratory diseases: prevalence and risk factors among pig farmers in Braço do Norte, Brazil. *J. Bras Pneumol.* 2007;(4):380—8. doi: 10.1590/s1806-37132007000400006
- Maso S., Di Sebastiano P., Mamprin P., Garbin C., Simonetti A., Paruzzolo P., Bartolucci G. B. Evaluating patients manual handling hazards in nursing personnel of a hospital. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia* 2007;(3):566—8.
- Hartvigsen J., Bakketeig L. S., Leboeuf-Yde C., Engberg M., Lauritzen T. The association between physical workload and low back pain clouded by the «healthy worker» effect. *Ugeskr Laeger.* 2002;(21):2765—8. doi: 10.1097/00007632-200108150-00011
- Elders L. A., Burdorf A. Interrelations of risk factors and low back pain in scaffolders. *Occup. Environ. Med.* 2001;(9):597—603. doi: 10.1136/oem.58.9.597
- Максимов С. А., Артамонова Г. В. Роль профессионального отбора в распространенности артериальной гипертензии: «Эффект здорового/нездорового рабочего». *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2013;(9):37—41.
- Le Moual N., Kauffmann F., Eisen E. A., Kennedy S. M. The healthy worker effect in asthma: work may cause asthma, but asthma may also influence work. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2008;(1):4—10. doi: 10.1164/rccm.200703-415PP
- Eisen E. A., Holcroft C. A., Greaves I. A., Wegman D. H., Woskie S. R., Monson R. R. A strategy to reduce healthy worker effect in a cross-sectional study of asthma and metalworking fluids. *Am. J. Ind. Med.* 1997;(6):671—7. doi: 10.1002/(sici)1097-0274(199706)31:6<671::aid-ajim1>3.0.co;2-u
- Baatjies R., Meijster T., Heederik D., Jeebhay M. F. Exposure-response relationships for inhalant wheat allergen exposure and asthma. *Occup Environ Med.* 2015;(3):200—7.
- Foss-Skiftesvik M. H., Winther L., Johnsen C. R., Zachariae C., Johansen J. D. Incidence of skin and respiratory diseases among Danish hairdressing apprentices. *Contact Dermatitis.* 2017;(3):160—6. doi: 10.1111/cod.12744
- Bregnhøj A., Søsted H., Menné T., Johansen J. D. Healthy worker effect in hairdressing apprentices. *Contact Dermatitis.* 2011;(2):80—4. doi: 10.1111/j.1600-0536.2010.01831.x
- Spee T., Timmerman J. G., Rühl R., Kersting K., Heederik D. J., Smit L. A. Determinants of epoxy allergy in the construction industry: a case-control study. *Contact Dermatitis.* 2016;(5):259—26. doi: 10.1111/cod.12529
- Febriana S. A., Jungbauer F., Soebono H., Coenraads P. J. Inventory of the chemicals and the exposure of the workers skin to these at two leather factories in Indonesia. *Int. Arch. Occup. Environ. Health.* 2011;(5):517—26. doi: 10.1007/s00420-011-0700-1
- Randolph B. W., Lalloo U. G., Gouws E., Colvin M. S. An evaluation of the respiratory health status of automotive spray-painters exposed to paints containing hexamethylene di-isocyanates in the greater Durban area. *S. Afr. Med. J.* 1997;(3):318—23.
- Schwensen J. F., Menné T., Veien N. K., Funding A. T., Avnstorp C., Østerballe M., Andersen K. E., Paulsen E., Mørtz C. G., Sommerlund M., Danielsen A., Andersen B. L., Thormann J., Kristensen O., Kristensen B., Vissing S., Nielsen N. H., Thyssen J. P., Johansen J. D. Occupational contact dermatitis in blue-collar workers: results from a multicentre study from the Danish Contact Dermatitis Group (2003—2012). *Contact Dermatitis.* 2014;(6):348—55. doi: 10.1111/cod.12277
- Eduard W., Omenaas E., Bakke P. S., Douwes J., Heederik D. Atopic and non-atopic asthma in a farming and a general population. *Am. J. Ind. Med.* 2004;(4):396—9. doi: 10.1002/ajim.20088
- Choi B. C. A technique to re-assess epidemiologic evidence in light of the healthy worker effect: the case of firefighting and heart disease. *J. Occup. Environ. Med.* 2000;(10):1021—34. doi: 10.1097/00043764-200010000-00009
- Choi B. C. Mathematical procedure to adjust for the healthy worker effect: the case of firefighting, diabetes, and heart disease. *J. Occup. Environ. Med.* 2001;(12):1057—63.
- Wolkow A., Netto K., Langridge P., Green J., Nichols D., Sergeant M., Aisbett B. Coronary heart disease risk in volunteer firefighters in Victoria, Australia. *Arch. Environ. Occup. Health.* 2014;(2):112—20. doi: 10.1080/19338244.2012.750588
- Cunradi C. B., Chen M. J., Lipton R. Association of occupational and substance use factors with burnout among urban transit operators. *J. Urban. Health.* 2009;(4):562—70. doi: 10.1007/s11524-009-9349-4
- Gommans F., Jansen N., Stynen D., de Grip A., Kant I. The ageing shift worker: a prospective cohort study on need for recovery, disability, and retirement intentions. *Ann. Occup. Hyg.* 2015;(6):724—36. doi: 10.5271/sjweh.3497
- Burdelak W., Bukowska A., Kryszka J., Peplonska B. Night work and health status of nurses and midwives. cross-sectional study. *Occup. Med. (Lond).* 2012;(1):4—11.

32. Waage S., Pallesen S., Moen B. E., Bjorvatn B. Shift work and age in petroleum offshore industry. *Chronobiol. Int.* 2010;(5):1062—79.
33. Portela L. F., Rotenberg L., Waissmann W. Self-reported health and sleep complaints among nursing personnel working under 12 h night and day shifts. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1999;(1):137—42. doi: 10.1081/cbi-200038513
34. Yong M., Germann C., Lang S., Oberlinner C. Primary selection into shift work and change of cardiovascular risk profile. *Ann Occup Hyg.* 2015;(2):142—57. doi: 10.5271/sjweh.3487
35. Yadegarfar G., McNamee R. Shift work, confounding and death from ischaemic heart disease. *Collegian.* 2007;(1):23—30. doi: 10.1136/oem.2006.030627
36. West S. H., Ahern M., Byrnes M., Kwanten L. New graduate nurses adaptation to shift work: can we help? *Chronobiol. Int.* 2006;(6):1125—37. doi: 10.1016/s1322-7696(08)60544-2
37. Farrow A., Reynolds F. Health and safety of the older worker. *Int. Marit. Health.* 2010;(4):251—7. doi: 10.1093/ocmed/kqr148
38. Soleo L., Manghisi M. S., Panuzzo L., Meliddo G., Lasorsa G., Pesola G., Drago I., Lovreglio P., Urbano M. L., Basso A., Ferrara F., Serra R., Gardi S., Savarese M. A., Livrea P. Sleep disorders in cement workers. *J. Med. Assoc. Thai.* 2008;(7):1093—6.
39. Costa G., Sartori S., Akerstedt T. Influence of flexibility and variability of working hours on health and well-being. *Ind. Health.* 2005;(1):24—9. doi: 10.1080/07420520601087491
40. Driesen K., Jansen N. W., Kant I., Mohren D. C., van Amelsvoort L. G. Depressed mood in the working population: associations with work schedules and working hours. *Adv. Gerontol.* 2009;(4):539—47. doi: 10.3109/07420528.2010.489877
41. Ljubičić A., Varnai V. M., Vučemilo M., Matković K., Milić D., Macan J. Exhaled breath condensate pH and FeNO as biomarkers of acute and chronic exposure to hazards at swine farms. *Med. Pr.* 2012;(5):517—29. doi: 10.1289/ehp.7108
42. Fornalski K. W., Dobrzyński L. The healthy worker effect and nuclear industry workers. *Dose Response.* 2010;(2):125—47. doi: 10.2203/dose-response.09-019.Fornalski
43. Keil A. P., Richardson D. B., Troester M. A. Healthy worker survivor bias in the Colorado Plateau uranium miner's cohort. *Am. J. Epidemiol.* 2015;(10):762—70. doi: 10.1093/aje/kwu348
44. Edwards J. K., McGrath L. J., Buckley J. P., Schubaer-Berigan M., Richardson D. B. Occupational radon exposure and lung cancer mortality: estimating intervention effects using the parametric g-formula. *Epidemiology.* 2014;(6):829—34. doi: 10.1097/EDE.0000000000000164
45. Lane R. S., Frost S. E., Howe G. R., Zablotska L. B. Mortality (1950—1999) and cancer incidence (1969—1999) in the cohort of Eldorado uranium workers. *Radiat. Res.* 2010;(6):773—85. doi: 10.1667/RR2237.1
46. Patil M. L., Sadhra S., Taylor C., Folkes S. E. Hearing loss in British Army musicians. *Occup. Med. (Lond).* 2013;(4):281—3. doi: 10.1093/ocmed/kqt026
47. LeBlanc W. G., Vidal L., Kirsner R. S., Lee D. J., Caban-Martinez A. J., McCollister K. E., Arheart K. L., Chung-Bridges K., Christ S., Clark J., Lewis J. E., Davila E. P., Rouhani P., Fleming L. E. Reported skin cancer screening of US adult workers. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2008;(1):55—63. doi: 10.1016/j.jaad.2008.03.013
48. Трубецков А. Д., Старшов А. М., Данилов А. Н. Особенности самоотбора у работников тепличных хозяйств. В сб.: Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Агджаняновские чтения». М.; 2016. С. 141—2.
49. Трубецков А. Д., Мигачева А. Г., Старшов А. М. Состояние здоровья уволившихся работников тепличных хозяйств. *Международный журнал прикладных научных исследований.* 2016;(4):383—5.
50. Трубецков А. Д. Биоэтические аспекты эпидемиологических исследований профессиональных рисков. *Медицина труда и промышленная экология.* 2011;(7):1—4.
51. Maksimov S. A. The healthy worker effect in occupational medicine. *Zdorov'e naseleniya b sreda obitaniya.* 2016;(9):38—40 (in Russian).
52. Meijers J. M., Swaen G. M., Volovics A., Lucas L. J., van Vliet K. Occupational cohort studies: the influence of design characteristics on the healthy worker effect. *Int. J. Epidemiol.* 1989;(18):901—9.
53. McMichael A. J. Standardized mortality ratios and the «healthy worker effect»: Scratching beneath the surface. *J. Occup. Med.* 1976;(3):165—8.
54. Björ O., Damber L., Jonsson H., Nilsson T. A comparison between standard methods and structural nested modelling when bias from a healthy worker survivor effect is suspected: an iron-ore mining cohort study. *Occup Environ Med.* 2015;(7):536—42. doi: 10.1136/oemed-2014-102251
55. Arrighi H. M., Hertz-Picciotto I. Controlling the healthy worker survivor effect: an example of arsenic exposure and respiratory cancer. *Occup. Environ. Med.* 1996;(7):455—62.
56. Naimi A. I., Cole S. R., Hudgens M. G., Brookhart M. A., Richardson D. B. Assessing the component associations of the healthy worker survivor bias: occupational asbestos exposure and lung cancer mortality. *Ann. Epidemiol.* 2013;(6):334—41. doi: 10.1016/j.annepidem.2013.03.013
57. Rushton L. Occupational causes of chronic obstructive pulmonary disease. *Rev. Environ. Health.* 2007;(3):195—212. doi: 10.1515/reveh.2007.22.3.195
58. Zock J. P., Heederik D., Doekes G. Evaluation of chronic respiratory effects in the potato processing industry: indications of a healthy worker effect? *Occup. Environ. Med.* 1998;(12):823—7. doi: 10.1136/oem.55.12.823
59. Costa M., Teixeira P. J., Freitas P. F. Respiratory manifestations and respiratory diseases: prevalence and risk factors among pig farmers in Braço do Norte, Brazil. *J. Bras Pneumol.* 2007;(4):380—8. doi: 10.1590/s1806-37132007000400006
60. Maso S., Di Sebastiano P., Mamprin P., Garbin C., Simonetti A., Paruzzolo P., Bartolucci G. B. Evaluating patients manual handling hazards in nursing personnel of a hospital. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia* 2007;(3):566—8.
61. Hartvigsen J., Bakketeig L. S., Leboeuf-Yde C., Engberg M., Lauritzen T. The association between physical workload and low back pain clouded by the «healthy worker» effect. *Ugeskr Laeger.* 2002;(21):2765—8. doi: 10.1097/00007632-200108150-00011
62. Elders L. A., Burdorf A. Interrelations of risk factors and low back pain in scaffolders. *Occup. Environ. Med.* 2001;(9):597—603. doi: 10.1136/oem.58.9.597
63. Maksimov S. A., Artamonova G. V. The role of professional selection in the prevalence of hypertension: «The healthy / unhealthy worker effect». *Vestnik Rossijskoj akademii medicinskih nauk.* 2013;(9):37—41 (in Russian).
64. Le Moual N., Kauffmann F., Eisen E. A., Kennedy S. M. The healthy worker effect in asthma: work may cause asthma, but asthma may also influence work. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2008;(1):4—10. doi: 10.1164/rccm.200703-415PP
65. Eisen E. A., Holcroft C. A., Greaves I. A., Wegman D. H., Woskie S. R., Monson R. R. A strategy to reduce healthy worker effect in a cross-sectional study of asthma and metalworking fluids. *Am. J. Ind. Med.* 1997;(6):671—7. doi: 10.1002/(sici)1097-0274(199706)31:6<671::aid-ajim1>3.0.co;2-u
66. Baatjies R., Meijster T., Heederik D., Jeebhay M. F. Exposure-response relationships for inhaled wheat allergen exposure and asthma. *Occup Environ Med.* 2015;(3):200—7.
67. Foss-Skiftesvik M. H., Winther L., Johnsen C. R., Zachariae C., Johansen J. D. Incidence of skin and respiratory diseases among Danish hairdressing apprentices. *Contact Dermatitis.* 2017;(3):160—6. doi: 10.1111/cod.12744
68. Bregnhøj A., Søsted H., Menné T., Johansen J. D. Healthy worker effect in hairdressing apprentices. *Contact Dermatitis.* 2011;(2):80—4. doi: 10.1111/j.1600-0536.2010.01831.x
69. Spee T., Timmerman J. G., Rühl R., Kersting K., Heederik D. J., Smit L. A. Determinants of epoxy allergy in the construction industry: a case-control study. *Contact Dermatitis.* 2016;(5):259—26. doi: 10.1111/cod.12529
70. Febriana S. A., Jungbauer F., Soebono H., Coenraads P. J. Inventory of the chemicals and the exposure of the workers skin to these at two leather factories in Indonesia. *Int. Arch. Occup. Environ. Health.* 2011;(5):517—26. doi: 10.1007/s00420-011-0700-1
71. Randolph B. W., Lalloo U. G., Gouws E., Colvin M. S. An evaluation of the respiratory health status of automotive spray-painters exposed to paints containing hexamethylene di-isocyanates in the greater Durban area. *S. Afr. Med. J.* 1997;(3):318—23.

Поступила 12.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Maksimov S. A. The healthy worker effect in epidemiological research. *Medicina v Kuzbasse.* 2015;(2):10—6 (in Russian).
2. The International Labour Organization. Encyclopedia of Occupational Safety and Health [Mezhdunarodnaya organizatsiya truda. Entsiklopediya po bezopasnosti i gigiyene truda]. Moscow: Ministry of Labor and Social Development; 2001. 965 p. (in Russian).

Здоровье и общество

24. Schwensen J. F., Menné T., Veien N. K., Funding A. T., Avnstorp C., Østerballe M., Andersen K. E., Paulsen E., Mørtz C. G., Sommerlund M., Danielsen A., Andersen B. L., Thormann J., Kristensen O., Kristensen B., Vissing S., Nielsen N. H., Thyssen J. P., Johansen J. D. Occupational contact dermatitis in blue-collar workers: results from a multicentre study from the Danish Contact Dermatitis Group (2003–2012). *Contact Dermatitis*. 2014;(6):348–55. doi: 10.1111/cod.12277
25. Eduard W., Omenaas E., Bakke P. S., Douwes J., Heederik D. Atopic and non-atopic asthma in a farming and a general population. *Am. J. Ind. Med.* 2004;(4):396–9. doi: 10.1002/ajim.20088
26. Choi B. C. A technique to re-assess epidemiologic evidence in light of the healthy worker effect: the case of firefighting and heart disease. *J. Occup. Environ. Med.* 2000;(10):1021–34. doi: 10.1097/00043764-200010000-00009
27. Choi B. C. Mathematical procedure to adjust for the healthy worker effect: the case of firefighting, diabetes, and heart disease. *J. Occup. Environ. Med.* 2001;(12):1057–63.
28. Wolkow A., Netto K., Langridge P., Green J., Nichols D., Sergeant M., Aisbett B. Coronary heart disease risk in volunteer firefighters in Victoria, Australia. *Arch. Environ. Occup. Health*. 2014;(2):112–20. doi: 10.1080/19338244.2012.750588
29. Cunradi C. B., Chen M. J., Lipton R. Association of occupational and substance use factors with burnout among urban transit operators. *J. Urban. Health*. 2009;(4):562–70. doi: 10.1007/s11524-009-9349-4
30. Gommans F., Jansen N., Stynen D., de Grip A., Kant I. The ageing shift worker: a prospective cohort study on need for recovery, disability, and retirement intentions. *Ann. Occup. Hyg.* 2015;(6):724–36. doi: 10.5271/sjweh.3497
31. Burdelak W., Bukowska A., Krysicka J., Peplonska B. Night work and health status of nurses and midwives. cross-sectional study. *Occup. Med. (Lond)*. 2012;(1):4–11.
32. Waage S., Pallesen S., Moen B. E., Bjorvatn B. Shift work and age in petroleum offshore industry. *Chronobiol. Int.* 2010;(5):1062–79.
33. Portela L. F., Rotenberg L., Waissmann W. Self-reported health and sleep complaints among nursing personnel working under 12 h night and day shifts. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1999;(1):137–42. doi: 10.1081/cbi-200038513
34. Yong M., Germann C., Lang S., Oberlinner C. Primary selection into shift work and change of cardiovascular risk profile. *Ann Occup Hyg.* 2015;(2):142–57. doi: 10.5271/sjweh.3487
35. Yadegarfar G., McNamee R. Shift work, confounding and death from ischaemic heart disease. *Collegian*. 2007;(1):23–30. doi: 10.1136/oem.2006.030627
36. West S. H., Ahern M., Byrnes M., Kwanten L. New graduate nurses adaptation to shift work: can we help? *Chronobiol. Int.* 2006;(6):1125–37. doi: 10.1016/s1322-7696(08)60544-2
37. Farrow A., Reynolds F. Health and safety of the older worker. *Int. Marit. Health*. 2010;(4):251–7. doi: 10.1093/ocmed/kqr148
38. Soleo L., Manghisi M. S., Panuzzo L., Meliddo G., Lasorsa G., Pesola G., Drago I., Lovreglio P., Urbano M. L., Basso A., Ferrara F., Serra R., Gardi S., Savarese M. A., Livrea P. Sleep disorders in cement workers. *J. Med. Assoc. Thai*. 2008;(7):1093–6.
39. Costa G., Sartori S., Akerstedt T. Influence of flexibility and variability of working hours on health and well-being. *Ind. Health*. 2005;(1):24–9. doi: 10.1080/07420520601087491
40. Driesen K., Jansen N. W., Kant I., Mohren D. C., van Amelsvoort L. G. Depressed mood in the working population: associations with work schedules and working hours. *Adv. Gerontol.* 2009;(4):539–47. doi: 10.3109/07420528.2010.489877
41. Ljubičić A., Varnai V. M., Vučemilo M., Matković K., Milić D., Macan J. Exhaled breath condensate pH and FeNO as biomarkers of acute and chronic exposure to hazards at swine farms. *Med. Pr.* 2012;(5):517–29. doi: 10.1289/ehp.7108
42. Fornalski K. W., Dobrzyński L. The healthy worker effect and nuclear industry workers. *Dose Response*. 2010;(2):125–47. doi: 10.2203/dose-response.09-019.Fornalski
43. Keil A. P., Richardson D. B., Troester M. A. Healthy worker survivor bias in the Colorado Plateau uranium miner's cohort. *Am. J. Epidemiol.* 2015;(10):762–70. doi: 10.1093/aje/kwu348
44. Edwards J. K., McGrath L. J., Buckley J. P., Schubauer-Berigan M., Richardson D. B. Occupational radon exposure and lung cancer mortality: estimating intervention effects using the parametric g-formula. *Epidemiology*. 2014;(6):829–34. doi: 10.1097/EDE.0000000000000164
45. Lane R. S., Frost S. E., Howe G. R., Zablotska L. B. Mortality (1950–1999) and cancer incidence (1969–1999) in the cohort of Eldorado uranium workers. *Radiat. Res.* 2010;(6):773–85. doi: 10.1667/RR2237.1
46. Patil M. L., Sadhra S., Taylor C., Folkes S. E. Hearing loss in British Army musicians. *Occup. Med. (Lond)*. 2013;(4):281–3. doi: 10.1093/ocmed/kqt026
47. LeBlanc W. G., Vidal L., Kirsner R. S., Lee D. J., Caban-Martinez A. J., McCollister K. E., Arheart K. L., Chung-Bridges K., Christ S., Clark J., Lewis J. E., Davila E. P., Rouhani P., Fleming L. E. Reported skin cancer screening of US adult workers. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2008;(1):55–63. doi: 10.1016/j.jaad.2008.03.013
48. Trubetskov A. D., Starshov A. M., Danilov A. N. Features of self-selection among workers of greenhouse farms. In: Materials of the All-Russian scientific and practical conference «Agadzhanian readings» [Materiály Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Agadzhanianovskiyeh chteniya»]. Moscow; 2016. P. 141–2 (in Russian).
49. Trubetskov A. D., Migacheva A. G., Starshov A. M. The health status of retired greenhouse workers. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh nauchnykh issledovaniy*. 2016;(4):383–85 (in Russian).
50. Trubetskov A. D. Bioethical aspects of epidemiological studies of occupational risks. *Medicina truda i promyshlennaya ekologiya*. 2011;(7):1–4 (in Russian).

© Фомичева Т. В., 2021
УДК 316.752

Фомичева Т. В.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ РОССИЯН: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

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

Проведено социологическое исследование, целью которого было определить вектор развития динамики показателей, определяющих продолжительность жизни российского населения, в том числе ожидаемую. Основным методом социологического исследования — вторичный анализ статистических и социологических источников информации по изучаемой проблематике.

На фоне снижения уровня рождаемости, «старения населения», миграционных притоков и трансформации ценностных систем населения преобладает сокращение численности российского населения в целом (естественная убыль населения), хотя продолжительность жизни россиян незначительно увеличивается. Отмечается высокое значение показателя «внешних причин» смерти российского населения. Наблюдается тенденция устойчивого снижения младенческой смертности в России за последние 27 лет. Определены группы факторов, влияющие на ожидаемую продолжительность жизни населения России. Выявлены основные характеристики, принципиально значимые для обеспечения более высокой продолжительности жизни россиян. Описана одна из демографических моделей поведения в современной России. Перечислены подходы к решению демографических проблем в Российской Федерации, предлагаемые государственными органами на основе программных документов (Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2025 г. и др.). Определена значимость здоровьесберегающих проектов («Московское долголетие» и др.).

Ключевые слова: продолжительность жизни россиян; ожидаемая продолжительность жизни россиян; динамика, показатели; здоровье.

Для цитирования: Фомичева Т. В. Динамика показателей продолжительности жизни россиян: социологический аспект. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):260—264. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-260-264>

Для корреспонденции: Фомичева Татьяна Владимировна, доцент факультета социологии Российского государственного социального университета, e-mail: fomitchevatv@mail.ru

Fomicheva T. V.

THE DYNAMICS OF LIFE-SPAN OF CITIZEN OF THE RUSSIAN FEDERATION: THE SOCIOLOGICAL ASPECT

Russian State Social University, 129226, Moscow, Russia

The article considers the results of sociological study that was carried out to determine vector of dynamics of indices regulating duration of life of the Russian population, including the expected one. The method of secondary analysis of statistical and sociological information data was applied. Results. Against the background of decreasing of birth rate, “aging of population”, migration inflows and transformation of value systems the reduction of population size in The Russian Federation (natural loss) dominates, though life expectancy itself is slightly increasing. The high value of indicator of «death external causes» is established. The trend of steady decreasing of infant mortality in Russia over the past 27 years is marked. The groups of factors affecting life expectancy of the Russian population is identified. The main characteristics are revealed that are fundamentally important to ensure higher life expectancy of Russians. One of the demographic behavior models in modern Russia is described. The approaches to solve demographic problems in the Russian Federation, proposed by state bodies on the basis of policy documents (Concept of demographic development of the Russian Federation for the period up to 2025, etc.) are considered. The importance of health-preserving projects (such as “Moscow longevity”, etc.), is determined.

Keywords: life-span; Russians; duration of life; dynamics; indicator; health.

For citation: Fomicheva T. V. The dynamics of life-span of citizen of the Russian Federation: the sociological aspect. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;29(2):260—264 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-260-264>

For correspondence: Fomicheva T. V., associate professor of the Faculty of Sociology of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian State Social University”. e-mail: fomitchevatv@mail.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 10.07.2020
Accepted 29.10.2020

Здоровье в России традиционно воспринимается как обязательный ресурс населения страны, как его потенциал. Проблема повышения средней продолжительности жизни¹, ожидаемой продолжительности жизни россиян — одна из важнейших задач на-

ряду с повышением уровня жизни и повышением уровня рождаемости. Здоровье связывают с состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только с отсутствием болезней или физических дефектов². В изучаемом кон-

¹ Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Указ Президента Российской Федерации от 09.10.2007 № 1351. Москва, 2007. Президентская библиотека им. Б. Н. Ельцина. Режим доступа: <https://www.prilib.ru/item/433241> (дата обращения 08.10.2020).

² Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901977493> (дата обращения 08.10.2020).

Таблица 1

Коэффициенты рождаемости, смертности и естественного прироста населения России (на 1 тыс. населения) [9]

Родившиеся						Умершие						Естественный прирост					
1992 г.	2000 г.	2010 г.	2015 г.	2018 г.	2019 г.	1992 г.	2000 г.	2010 г.	2015 г.	2018 г.	2019 г.	1992 г.	2000 г.	2010 г.	2015 г.	2018 г.	2019 г.
10,7	8,7	12,5	13,3	10,9	10,1	12,2	15,3	14,2	13,0	12,5	12,3	-1,5	-6,6	-1,7	0,3	-1,6	-2,2

тексте необходимо учитывать и цивилизационную специфику демографии России [1].

Существуют и используются модели здоровья, представляющие его как социальный феномен (антропоцентрическая, адаптационная и другие модели) [2]. В научной публицистике все чаще поднимаются проблемы медицинского гиперконтроля в состоянии здоровья и болезни, биоэтики [3—5]. Ценностно-мотивационные аспекты проблематики здоровья, социального здоровья затронуты в других публикациях [6—8].

Цель исследования — определить вектор динамики показателей продолжительности жизни (ожидаемой продолжительности жизни) в России.

Материалы и методы

Объектом исследования являются показатели динамики продолжительности жизни в России (ожидаемой продолжительности жизни россиян).

При подготовке данной публикации использованы методы вторичного сравнительного анализа документальных источников (статистических материалов и результатов социологических исследований) по изучаемой проблеме. Для работы над данным исследовательским проектом использованы также авторские материалы (задействован так называемый комплексный, триангулярный подход).

Результаты исследования

В социологической науке здоровье изучается на макроуровне как здоровье нации в целом, а также на микроуровне как здоровье индивида. Интегральным показателем популяционного здоровья является «продолжительность предстоящей жизни». Индикаторами для оценки динамики здоровья нации являются: коэффициент младенческой смертности, коэффициент материнской смертности и умершие по основным классам причин смерти.

Изучая значения коэффициентов рождаемости, смертности, естественного прироста населения (табл. 1), мы наблюдаем точку естественного прироста населения России, отмеченную в 2015 г., и затем снова преобладание отрицательного сальдо в пользу естественной убыли населения.

Следует отметить, что в настоящее время российское общество переживает период «старения населения», что подчеркивается и коэффициентом демографической нагрузки населения (61,7% по состоянию на 01.01.2017 г.), который рассчитан как отношение численности лиц в возрасте от 60 лет и старше и детей до 15 лет к численности населения в возрасте от 15 до 59 лет (табл. 2). По сравнению с некоторыми странами Европы, например Финляндией,

Таблица 2

Выдержки из сравнительной таблицы коэффициентов демографической нагрузки ряда страны мир в 2001—2018 гг.* [10]

Страна	Год	Коэффициент демографической нагрузки, %
Россия	2017	61,7
Азербайджан	2018	50,1
Армения	2018	60,2
Беларусь	2018	62,1
Казахстан	2018	63,3
Киргизия	2018	66,2
Молдова	2016	49,5
Украина	2017	61,1
Таджикистан	2018	66,0
Туркмения	2001	74,9
Австрия	2016	62,3
Великобритания	2016	69,6
Германия	2016	68,4
Италия	2016	71,5
США	2016	67,1
Финляндия	2016	77,2
Франция	2016	76,7
Швейцария	2016	62,4
Швеция	2016	75,0
Южно-Африканская Республика	2016	61,5

Примечание. *Отношение численности лиц в возрасте 60 лет и старше и детей моложе 15 лет к численности населения в возрасте 15—59 лет, по странам СНГ и европейским странам (данные на 1 января указанного года).

Францией, Швецией, где продолжительность жизни населения значительно выше, чем в России, коэффициент демографической нагрузки превышает российский более чем на 14 пунктов.

Динамика показателей продолжительности предстоящей жизни россиян (табл. 3) демонстрирует тенденцию к увеличению продолжительности жизни населения России за последние 27 лет. Одной из приоритетных сфер деятельности Президента и Правительства России является увеличение продолжительности жизни россиян, что фиксируется во многих программных документах (в Указе Президента РФ от 07.05.2018 г. «О Национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»³; в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года⁴, в Национальных проектах «Здравоохранение», «Демография»). Согласно Указу

³ Указ Президента РФ от 07.05.2018 г. «О Национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Режим доступа: <http://kremlin.ru/events/president/news/57425> (дата обращения 10.10.2020).

⁴ Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. Указ Президента Российской Федерации от 09.10.2007 № 1351. Москва, 2007. Президентская библиотека им. Б. Н. Ельцина. Режим доступа: <https://www.prlib.ru/item/433241> (дата обращения 08.10.2020).

Таблица 3

Динамика показателей продолжительности предстоящей жизни россиян (ожидаемая продолжительность жизни при рождении, в годах) [9]

Население	1992 г.	2000 г.	2005 г.	2015 г.	2019 г.	Динамика
Все население	67,8	65,3	65,4	71,4	73,3	5,5
Мужчины	61,9	59,0	58,9	65,9	68,2	6,3
Женщины	73,7	72,3	72,5	76,7	78,2	4,5

Таблица 4

Коэффициент младенческой смертности (число умерших в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми) [9]

1992 г.	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
18,0	15,3	11,0	7,5	6,5	6,0	5,6	5,1	4,9

Президента от 07.05.2018 г., повышение ожидаемой продолжительности жизни россиян к 2024 г. должно достичь 78 лет; а к 2030 г. — 80 лет. Старение российского населения и высокий показатель коэффициента демографической нагрузки связаны в первую очередь с типом демографического старения «снизу» — за счет снижения рождаемости в России, хотя и предпринимаются меры для ее повышения.

Что касается позитивных изменений, наблюдается устойчивая тенденция снижения значений коэффициента младенческой смертности в России за последние 27 лет (табл. 4). Результатом существенного снижения показателя является систематическая работа по развитию условий рождаемости, родовспоможения, борьбы с массовыми инфекционными, неинфекционными и паразитарными заболеваниями, в том числе благодаря национальным проектам, действию Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁵.

Коэффициент материнской смертности в России в 2018 г. (9,1) увеличился на 0,3 пункта по сравне-

⁵ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Ст. 2. Принят Государственной Думой 01.11.2011 г. Одобрен Советом Федерации 09.11.2011 г. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 08.10.2020).

Таблица 5

Выдержки из сравнительной таблицы суммарных коэффициентов рождаемости (страны мира, 2016—2017 гг.) [10]

Страна	Год	Суммарный коэффициент рождаемости
Россия	2017	1,6
Азербайджан	2017	1,9
Армения	2017	1,6
Беларусь	2017	1,5
Казахстан	2017	2,7
Киргизия	2016	3,1
Молдова	2017	1,2
Украина	2017	1,4
Таджикистан	2017	2,8
Узбекистан	2016	2,5
Австрия	2016	1,5
Великобритания	2016	1,8
Германия	2016	1,6
Италия	2016	1,3
США	2015	1,8
Финляндия	2016	1,6
Франция	2016	1,9
Швейцария	2016	1,6
Швеция	2016	1,9
Южно-Африканская Республика	2016	2,4

нию с аналогичными данными 2017 г. (в расчете на 100 тыс. младенцев, родившихся живыми) [11].

Анализ статистических данных суммарных коэффициентов рождаемости по странам (табл. 5) позволяет заключить, что благополучная ситуация относительно рождаемости наблюдается прежде всего в странах, где достаточно высок уровень ожидаемой продолжительности жизни населения и жизни в целом (Франция, Швеция, Великобритания), а также сильны традиционно-религиозные мотивации, установки на рождаемость, т. е. преобладает население с вероисповеданием ислама: Казахстан, Киргизия, Таджикистан, Узбекистан и др.

Обращаясь к основным детерминантам смертности россиян, можно отметить достаточно высокий показатель их смертности от «внешних причин» — 80,2 (табл. 6). К таким причинам можно отнести алкоголь, курение, отравления и дорожно-транспортный травматизм. Гендерный крен наблюдается в сторону большего числа умерших среди мужской части населения. В странах постсоветского про-

Таблица 6

Выдержки из сравнительной таблицы «Смертность населения по причинам смерти» (на 100 тыс. населения, страны мира 2014—2017 гг.) [10]

Страна	Год	Инфекционные и паразитарные болезни	Злокачественные новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины смерти
Россия	2017	18,8	109,1	273,8	22,9	37,6	80,2
Страны бывшего СССР							
Беларусь	2014	8,1	114,1	395,4	12,9	27,9	82,8
Украина	2015	20,1	112,4	476,7	20,5	37,4	67,7
Молдова	2016	10,5	127,6	442,2	37,5	78,2	64,2
Другие страны							
Великобритания	2015	4,8	123,4	99,7	51,2	22,3	26,0
Германия	2015	8,8	116,2	139,0	28,7	20,3	23,8
Италия	2015	9,0	111,9	110,1	22,2	13,4	19,2
Финляндия	2015	1,9	98,6	128,5	13,6	20,9	39,3
Франция	2014	6,1	116,6	70,9	18,0	15,2	31,2
Швейцария	2015	4,2	98,9	90,2	20,5	12,6	25,9
Швеция	2016	7,1	101,1	109,0	22,8	12,7	30,6

Здоровье и общество

странства (Беларусь, Украина, Республика Молдова) также можно отметить высокие показатели «внешних причин» смерти. По сравнению со странами бывшего СССР относительно низкий процент смертности (в 4 раза меньше) от «внешних причин» наблюдается в европейских странах: Италии (19,2%), Германии (23,8%) и др.

Выделяют группы факторов, влияющие на ожидаемую продолжительность жизни. Это и экологические, и биогенетические, и социально-экономические, и социальные группы факторов [12, 13].

Также отмечают и основные характеристики, значимые для продолжительности жизни россиян [13]. К ним могут относиться регион проживания, образ жизни (наличие вредных привычек, профессиональных заболеваний, качество и режим питания, зависимости различного рода, самолечение, в том числе из-за отсутствия квалифицированной медицинской помощи), недостаточная двигательная активность. Отмечается и роль средств массовой информации в пропаганде самолечения и лечения народными средствами [14].

Обсуждение

Изменение моделей демографического поведения [15, 16], сопровождающееся трансформацией системы ценностей населения и выражающееся на практике в росте числа неполных семей, разводов, снижении численности детей в семьях, снижении численности детей, рожденных одной женщиной, уже зафиксировано в научной литературе под названием «второго демографического перехода» [17–19].

Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. не исключает, а даже признает целесообразным замещение населения России с помощью миграционных потоков [20–22]. Подобный опыт уже применяется в ряде зарубежных стран (Франция, Германия, Польша) и дает позитивные результаты [23, 24]. Нельзя оставлять и программы, стимулирующие репродуктивное поведение российского населения, а также «программы, направленные на самосохранительное, здоровьесберегающее поведение для лиц разного возраста» («Московское долголетие», «Активное долголетие» и др.).

Заключение

Выявленные тенденции показывают, что продолжительность жизни россиян (ожидаемая и реальная) за последние 27 лет незначительно повышается. Все это происходит в сложных противоречивых условиях практически постоянной естественной убыли населения, высоких значений показателя смертности россиян по «внешним причинам», высокого значения коэффициента демографической нагрузки (61,7%), низкого уровня рождаемости.

В большой степени такую результативность можно объяснить эффективными правительственными мерами по сохранению народонаселения России (национальными проектами, продуманными за-

конодательными инициативами, реализацией новых социальных программ).

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малиновский Л. Г. Цивилизационная специфика России и ее развитие. В сб.: Россия в мире: гуманитарное, политическое и экономическое измерение. Материалы Всероссийской научной конференции 19.03.2010 г. М.: Научный эксперт; 2010. С. 259.
2. Жарова М. Н. Здоровье в системе жизненных ценностей человека. *Relga*. 2012;254 (16):5–11.
3. Иванов В. М., Лупандин В. М. Исследованию проблем здравоохранения — социологический подход. *Коммунист Украины*. 1984;(11):72–7.
4. Кашапов Ф. А., Терентьев О. В., Цейсслер В. Э. Здоровье как ценность: культура и биоэтика. *Вестник ЮУрГУ*. 2007;96(24):107–11.
5. Хрусталева Ю. М. Здоровье человека как проблема философии (социально-гуманитарный концепт здоровья). *Экономика здравоохранения*. 2003;(8):5–12.
6. Антонов А. И., Зотин В. А., Медков В. М. О первом опыте изучения самосохранительных установок. В сб.: Проблемы демографической политики в социалистическом обществе. Материалы всесоюзной научной конференции. Киев; 1982.
7. Дробижина Л. М. Ценность здоровья и культура нездоровья в России. *Безопасность Евразии*. 2004;(1):33–43.
8. Римашевская Н. М. Здоровье человека — здоровье нации. *Экономические стратегии*. 2006;(1):36–41.
9. Россия в цифрах — 2020. Росстат. Статистический сборник. М.; 2020. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/bgd/regl/b20_11/Main.htm (дата обращения 08.10.2020).
10. Россия и страны мира — 2018. Росстат. Статистический сборник. М.; 2018. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/bgd/regl/b18_39/Main.htm (дата обращения 08.10.2020).
11. Естественное движение населения Российской Федерации — 2018 г. Росстат. Статистический сборник. М.; 2018. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/bgd/regl/b18_106/Main.htm (дата обращения 09.10.2020).
12. Здоровье человека — большая ценность для общества. Сайт Zdorlife.ru Режим доступа: <http://www.zdorlife.ru/page-id-221.html> (дата обращения 09.10.2020).
13. Фомичева Т. В. Здоровье как ценность в сознании россиян: на встречу будущему нации. *Социальная политика и социология*. 2016;15(3):157–65.
14. Арстангалиева З. Ж., Чернышкова Е. В., Андриянов С. В., Масляков В. В. Факторы риска здоровьесбережения российских пенсионеров. *Фундаментальные исследования*. 2015;1(5):896–900.
15. Рыбаковский Л. Л. Демографическое будущее России и миграционные процессы. *Социологические исследования*. 2005;(3):71–81.
16. Юдина Т. Н. Безопасность здоровья населения России. В сб.: Социальное развитие России: тенденции, перспективы, проекты. Материалы VIII Социологических чтений МГСУ. М.; 2002. С. 27–36.
17. Попова Д. О. Трансформация семейных ценностей и второй демографический переход в России: кто в авангарде? *Электронная версия бюллетеня «Население и общество» Демоскоп weekly*. 24 мая — 6 июня 2010; № 423–4. Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2010/0423/analit01.php> (дата обращения 09.10.2020).
18. Lesthaeghe R. On Theory Development: Application to the Study of Family Formation. *Popul. Devel. Rev.* 1998;24:1–14.
19. Zakharov S. Russian Federation: From the First to the Second Demographic Transition. *Demogr. Res.* 2008;19(24):907–72.
20. Фомичева Т. В. Ценность семьи и репродуктивное поведение россиян: реальность наступившего тысячелетия. *Социальная политика и социология*. 2018;17(2):151–60.
21. Фомичева Т. В. Взаимосвязь социокультурных ценностей и репродуктивного поведения населения России: социолого-статистический анализ. *Социальная политика и социология*. 2017;16(5):157–66.
22. Леденева В. Ю. Проблемы медицинского обслуживания мигрантов. В сб.: X Международная научная конференция «Сорокинские чтения» «Здоровье российского общества в XXI веке:

социологические, психологические и медицинские аспекты»: Сборник материалов. М.: Издательство Московского университета; 2016. С. 98—9.

23. Fomicheva T. V., Kataeva V. I., Sulyagina J. O., Kryukova E. M., Evstratova T. A. Reproductive behavior of Russian: Sociodemographic aspect. *Ann. Tropic. Med. Publ. Health. Special March* 2018;9:609—18.
24. Tanatova D. K., Yudina T. N., Fomicheva T. V., Dolgorukova I. V., Korolev I. V. Reproductive Behavior in Russia and Countries of the World: Axiological Aspect. *Lect. Notes Networks Syst.* 2020;87:739—49.

Поступила 10.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Malinovskiy L. G. Civilizational specificity of Russia and its development. In: Russia in the world: humanitarian, political and economic dimension. Materials of the All-Russian scientific conference on 19.03.2010 [*Rossiya v mire: gumanitarnoe, politicheskoe i ekonomicheskoe izmerenie. Materialy Vserossiyskoy nauchnoy konferentsii 19.03.2010 g.*]. Moscow: Nauchnyy ekspert; 2010. P. 259 (in Russian).
2. Zharova M. N. Health in the system of human life values. *Relga.* 2012;254(16):5—11 (in Russian).
3. Ivanov V. M., Lupandin V. M. Research of health problems — a sociological approach. *Kommunist Ukrainy.* 1984;(11):72—7 (in Russian).
4. Kashapov F. A., Terent'ev O. V., Tseyssler V. E. Health as a value: culture and bioethics. *Vestnik YuUrGU.* 2007;96(24):107—11 (in Russian).
5. Khrustalev Yu. M. Human health as a problem of philosophy (social and humanitarian concept of health). *Ekonomika zdra-vookhraneniya.* 2003;(8):5—12 (in Russian).
6. Antonov A. I., Zotin V. A., Medkov V. M. About the first experience in the study of self-preservation installations. In: Problems of demographic policy in a socialist society. Materials of the All-Union Scientific Conference [*Problemy demograficheskoy politiki v sotsialisticheskoy obshchestve: Materialy vsesoyuznoy nauchnoy konferentsii*]. Kiev; 1982 (in Russian).
7. Drobizheva L. M. The value of health and the culture of ill health in Russia. *Bezopasnost' Evrazii.* 2004;(1):33—43 (in Russian).
8. Rimashevskaya N. Human health — the health of the nation. *Ekonomicheskie strategii.* 2006;(1):36—41 (in Russian).
9. Russia in Figures — 2020. Rosstat. Statistical collection [*Rossiya v tsifrakh-2020. Rosstat. Statisticheskii sbornik*]. Moscow; 2020. Available at: https://rosstat.gov.ru/bgd/regl/b20_11/Main.htm (fccessed 08.10.2020) (in Russian).
10. Russia and the countries of the world — 2018. Rosstat. Statistical collection [*Rossiya i strany mira — 2018. Rosstat. Statisticheskii sbornik*]. Moscow; 2018. Available at: https://rosstat.gov.ru/bgd/regl/b18_39/Main.htm (accessed 08.10.2020) (in Russian).
11. Natural movement of the population of the Russian Federation — 2018 Rosstat. Statistical collection [*Estestvennoe dvizhenie naseleniya Rossiyskoy Federatsii — 2018 g. Rosstat. Statisticheskii sbornik*]. Moscow; 2018. Available at: https://rosstat.gov.ru/bgd/regl/b18_106/Main.htm (accessed 09.10.2020) (in Russian).
12. Human health is a great value for society. Website Zdorlife.ru [*Zdorov'e cheloveka — bol'shaya tseinnost' dlya obshchestva. Sayt Zdorlife.ru*]. Available at: <http://www.zdorlife.ru/page-id-221.html> (accessed 09.10.2020) (in Russian).
13. Fomicheva T. V. Health as a value in the minds of Russians: towards the future of the nation. *Sotsial'naya politika i sotsiologiya.* 2016;15(3):157—65 (in Russian).
14. Arstangaliev Z. Zh., Chernyshkova E. V., Andriyanov S. V., Maslyakov V. V. Health risk factors for Russian pensioners. *Fundamental'nye issledovaniya.* 2015;(1):896—900 (in Russian).
15. Rybakovskiy L. L. Demographic future of Russia and migration processes. *Sotsiologicheskie issledovaniya.* 2005;(3):71—81 (in Russian).
16. Yudina T. N. Health safety of the population of Russia. In: Social development of Russia: trends, prospects, projects. Materials of the VIII Sociological Readings MGSU [*Sotsial'noe razvitiye Rossii: tendentsii, perspektivy, proekty. Materialy VIII Sotsiologicheskikh chteniy MGSU*]. Moscow; 2002. P. 27—36 (in Russian).
17. Popova D. O. Transformation of family values and the second demographic transition in Russia: who is in the forefront? Electronic version of the Bulletin «Population and Society» Demoscope weekly. May 24 — June 6, 2010; No. 423—4 [*Transformatsiya semeynykh tseinnostey i vtoroy demograficheskoy perekhod v Rossii: kto v avangarde? Elektronnyaya versiya byulletenya «Naselenie i obshchestvo» Demoskop weekly. 24 maya — 6 iyunya 2010; № 423—4*]. Available at: <http://demoscope.ru/weekly/2010/0423/analit01.php> (accessed 09.10.2020) (in Russian).
18. Lesthaeghe R. On Theory Development: Application to the Study of Family Formation. *Popul. Devel. Rev.* 1998;24:1—14.
19. Zakharov S. Russian Federation: From the First to the Second Demographic Transition. *Demogr. Res.* 2008;19(24):907—72.
20. Fomicheva T. V. The Value of Family and Reproductive Behavior of Russians: The Reality of the Coming Millennium. *Sotsial'naya politika i sotsiologiya.* 2018;17(2):151—60 (in Russian).
21. Fomicheva T. V. The Relationship of Social and Cultural Values and Reproductive Behavior of Russia's Population: Sociological and Statistical Analysis. *Sotsial'naya politika i sotsiologiya.* 2017;16(15):157—66 (in Russian).
22. Ledeneva V. Yu. Problems of medical services for migrants. In: X International Scientific Conference «Sorokin Readings» «Health of Russian society in the XXI century: sociological, psychological and medical aspects»: Collection of materials [*X Mezhdunarodnaya nauchnaya konferentsiya «Sorokinskie chteniya» «Zdorov'e rossiyskogo obshchestva v XXI veke: sotsiologicheskie, psikhologicheskie i meditsinskie aspekty». Sbornik materialov*]. Moscow: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta; 2016. P. 98—9 (in Russian).
23. Fomicheva T. V., Kataeva V. I., Sulyagina J. O., Kryukova E. M., Evstratova T. A. Reproductive behavior of Russian: Sociodemographic aspect. *Ann. Tropic. Med. Publ. Health. Special March* 2018;9:609—18.
24. Tanatova D. K., Yudina T. N., Fomicheva T. V., Dolgorukova I. V., Korolev I. V. Reproductive Behavior in Russia and Countries of the World: Axiological Aspect. *Lect. Notes Networks Syst.* 2020;87:739—49.

Пузин С. Н.^{1,2}, Грибова Э. П.², Меметов С. С.³, Шаркунов Н. П.³, Чандирли С. А.¹, Ким В. В.³

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВАЯ СТРУКТУРА ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МОСКВЕ ЗА 2014—2018 гг.

¹ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125999, г. Москва;
²ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет),
119991, г. Москва;

³ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону

Представлена динамика инвалидности вследствие цереброваскулярных заболеваний за период 2014—2018 гг. в Москве. Проведен возрастно-половой анализ инвалидов указанной категории. Установлено, что на долю впервые признанных инвалидами в структуре общего контингента инвалидов вследствие цереброваскулярных заболеваний приходится 30%, при этом инвалидами чаще становятся лица пожилого возраста. В общей структуре инвалидов по последствиям сосудистых заболеваний головного мозга преобладают женщины.

Ключевые слова: инвалид; инвалидность; первичная; повторная; цереброваскулярные заболевания; возраст; мужчина; женщина.

Для цитирования: Пузин С. Н., Грибова Э. П., Меметов С. С., Шаркунов Н. П., Чандирли С. А., Ким В. В. Возрастно-половая структура инвалидов вследствие цереброваскулярных заболеваний в Москве за 2014—2018 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):265—269. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-265-269>

Для корреспонденции: Чандирли Севда Айдыновна, д-р мед. наук, доцент кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, e-mail: cha-seva2@yandex.ru

Puzin S. N.¹, Gribova E. P.², Memetov S. S.³, Sharkunov N. P.³, Chandirli S. A.¹, Kim V. V.³

THE AGE GENDER STRUCTURE OF THE DISABLED DUE TO CEREBRAL VASCULAR DISEASES IN MOSCOW IN 2014—2018

¹Russian Medical Academy of Continuing Professional Education of Minzdrav of Russia, 125999, Moscow, Russia;

²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow;

³Rostov State Medical University of Minzdrav of Russia, 344022, Rostov-on-Don, Russia

The article presents the dynamics of disability due to cerebrovascular diseases in 2014—2018 in Moscow. The age gender analysis of the disabled in this category was carried out. It was established that 30% of total population of the disabled due to cerebrovascular diseases accounted for the share of those who were recognized as disabled for the first time in the structure of total population. The most frequently disabled persons are those who are older than able-bodied age. In total structure of the disabled due to cerebrovascular diseases, women predominate.

Keywords: disabled; disability; primary; repeated; cerebrovascular diseases; age; man; woman.

For citation: Puzin S. N., Gribova E. P., Memetov S. S., Sharkunov N. P., Chandirli S. A., Kim V. V. The age gender structure of the disabled due to cerebral vascular diseases in Moscow in 2014—2018. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):265—269 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-265-269>

For correspondence: Chandirli S. A., doctor of medical sciences, associate professor of the Chair of Geriatrics and Medical Social Expertise of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: cha-seva2@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 22.07.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Сосудистые заболевания головного мозга являются наиболее распространенными и представляют большой интерес для специалистов в области здравоохранения и социальной защиты, поскольку зачастую приводят к тяжелым последствиям для человеческого организма в целом [1—3].

Согласно данным ВОЗ, население земного шара каждый год теряет примерно 5 млн человек от осложнений, развившихся вследствие сосудистых заболеваний головного мозга. В Российской Федерации в последние годы наметилась четкая тенденция к увеличению ожидаемой продолжительности жизни, при этом смертность от цереброваскулярных за-

болеваний (ЦВЗ) в стране остается на высоком уровне (247,2 на 100 тыс. населения), занимая в структуре общей смертности населения второе место. Наиболее распространенным осложнением ЦВЗ является острое нарушение мозгового кровообращения. В Российской Федерации каждый год регистрируется примерно 450 тыс. случаев этого заболевания, которые в 35% случаев заканчиваются летальным исходом в остром периоде [4—6].

ЦВЗ прежде считались исключительно болезнью лиц пожилого и старческого возраста [7]. Однако в последние годы наметилась четкая тенденция «омоложения» этого заболевания [8, 9]. В частности, согласно данным, полученным в результате профилактических осмотров населения, в 20—30% случаев

Таблица 1

Возрастно-половая структура инвалидов вследствие ЦВЗ
в 2014—2018 гг. в г. Москве

Год	Мужчины		Женщины		Оба пола абс.
	абс.	%	абс.	%	
2014	16 393	42,05	22 591	57,95	38 984
2015	18 070	41,32	25 659	58,68	43 729
2016	18 455	41,73	25 774	58,27	44 229
2017	18 415	38,78	29 066	61,22	47 481
2018	14 707	41,94	20 361	58,06	35 068
Всего...	86 040		123 451		209 491

указанная патология выявляется у лиц трудоспособного возраста [10]. Сосудистые заболевания головного мозга в структуре инвалидности населения занимают первое место, причем их удельный вес постоянно растет в связи с ростом заболеваемости этой патологией и увеличением в структуре населения лиц старших возрастных групп [11, 12]. Согласно регистру Национальной ассоциации по борьбе с инсультом, около $\frac{1}{3}$ пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в помощи посторонних лиц, у $\frac{1}{5}$ пациентов отсутствует способность к самостоятельному передвижению и, что особенно важно, только 8% из числа выживших пациентов возвращаются к работе по своей специальности [13, 14].

Цель исследования — дать оценку возрастно-полового состава инвалидов вследствие ЦВЗ в Москве за 5-летний период.

Материалы и методы

База исследования — ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по городу Москве» Министерства труда и соцзащиты России.

Объект изучения — акты медико-социальной экспертизы граждан (форма утверждена Приказом Минздравсоцразвития РФ от 17.04.2012 № 373н), формы федерального статистического наблюдения 7-собес «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», № 7-Д (собес) «Сведения о медико-социальной экспертизе детей в возрасте до 18 лет» (утверждены приказом Росстата от 29.08.2014 № 348 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министер-

ством труда и социальной защиты Российской Федерации федерального статистического наблюдения за деятельностью федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы»). Единица наблюдения — лицо, ставшее инвалидом вследствие ЦВЗ. Период наблюдения — 2014—2018 гг.

На базе исследования обработаны документы 222 681 человека, перенесшего ЦВЗ, освидетельствованных в службе медико-социальной экспертизы г. Москвы, из которых 209 491 признаны инвалидами, в том числе впервые — 64 250, повторно — 145 241. Требуемые сведения выкопированы в разработанную специальную карту. Проведен анализ возрастно-полового состава контингента инвалидов вследствие ЦВЗ за период 2014—2018 гг. в Москве. Применены социально-гигиенический, документальный, экспертный, аналитический, статистический методы.

Результаты исследования

Изучение социально-гигиенических характеристик инвалидов с последствиями ЦВЗ болезней, проведенное на основе данных бюро медико-социальной экспертизы г. Москвы, показало, что за последние 5 лет (2014—2018) всего (впервые и повторно) были признаны инвалидами 209 491 человек (табл. 1). Причем в первые 4 года (2014—2017) отмечалась тенденция к ежегодному росту общего количества инвалидов с последствиями ЦВЗ. Лишь в 2018 г. наметилась тенденция к снижению общего количества инвалидов до 35 068 человек (см. табл. 1).

Распределение по полу исследуемого контингента представлено также в табл. 1.

Всего за 5 лет (2014—2018) мужчин было признано инвалидами 86 040 (41,07%), а женщин 123 456 (58,93%). В целом за исследуемый период по числу впервые и повторно признанных инвалидами по последствиям ЦВЗ женщины неизменно превалировали над мужчинами, причем наибольшее количество женщин, признанных инвалидами, отмечалось в 2017 г. (61,22%), в этом же году отмечено наименьшее количество мужчин, признанных инвалидами вследствие ЦВЗ, за период 2014—2017 гг. (38,78%). В 2018 г. значительно снизилось количество при-

Таблица 2

Динамика континента лиц, признанных инвалидами по последствиям ЦВЗ, за 2014—2018 гг. по г. Москве

Группа инвалидности	2014 г.		2015 г.		2016 г.		2017 г.		2018 г.		Всего	
	впервые	повторно	впервые	повторно	впервые	повторно	впервые	повторно	впервые	повторно	впервые	повторно
I, абс.	2033	5713	2191	6254	2277	6307	2383	7338	2273	4071	11 157	29 683
%	16,76	21,27	16,54	21	17,16	20,37	17,74	21,55	18,68	17,78	17,36	20,44
II, абс.	4034	12 048	4390	14 379	4165	14 444	4214	16 618	3786	10 299	20 589	67 788
%	33,26	44,86	33,14	47,17	31,38	46,66	31,37	48,81	31,11	44,98	32,05	46,67
III, абс.	6061	9095	6666	9849	6830	10 206	6836	10 092	6111	8528	32 504	47 770
%	49,98	33,87	50,32	32,31	51,46	32,97	50,89	29,64	50,21	37,24	50,59	32,89
Признаны инвалидами, абс.	12 128	26 856	13 247	30 482	13 272	30 957	13 433	34 048	12 170	22 898	64 250	145 241
%	31,1	68,9	30,3	69,7	30,0	70,0	28,3	71,7	34,7	65,3	30,7	69,3
Всего признано инвалидами	38 984		43 729		44 229		47 481		35 068		209 491	

Таблица 3

Показатели первичного выхода на инвалидность вследствие ЦВЗ по г. Москве за 2014—2018 гг.

Год	Лица трудоспособного и старше трудоспособного возраста, абс. ед.	Впервые признанные инвалидами, абс. ед.	Уровень инвалидности первичной, на 10 тыс. населения
2014	10 444 000	12 128	11,61
2015	10 479 000	13 247	12,64
2016	10 547 000	13 272	12,58
2017	10 557 000	13 433	12,72
2018	10 626 000	12 170	11,46

знанных инвалидами как среди мужчин, так и среди женщин.

Из общего количества лиц, которым была определена инвалидность вследствие ЦВЗ, число впервые признанных инвалидами за весь период исследования составило 64 250 (30,7%), а число лиц, которым инвалидность была установлена повторно, составило 145 241 (69,3%; табл. 2).

Таким образом, удельный вес лиц, впервые признанных инвалидами, на протяжении 2014—2018 гг. составлял примерно $\frac{1}{3}$ от общего количества признанных инвалидами вследствие ЦВЗ и колебался в пределах 28,3% в 2017 г. и 34,7% в 2018 г. Число лиц, впервые признанных инвалидами вследствие ЦВЗ, варьировало от 12 128 в 2014 г. до 13 433 в 2017 г., т. е. на протяжении 4 лет имела место тенденция к росту данного показателя, а в 2018 г. наметилась тенденция к его снижению и число впервые признанных инвалидами составило 12 170 человек.

Показатели первичной инвалидности по г. Москве у лиц, перенесших ЦВЗ, колебались от 11,46 на 10 тыс. населения в 2018 г. до 12,72 на 10 тыс. населения в 2017 г. (табл. 3).

Анализ возрастной структуры инвалидности вследствие ЦВЗ представлен в табл. 4—6.

Примерно в 0,5% случаев инвалидами вследствие ЦВЗ становятся пациенты в возрасте до 30 лет, причем среди мужчин этот показатель несколько выше и колеблется от 0,71% в 2016 г. до 0,33% в 2018 г. В пределах 2% колеблется показатель инвалидности среди возрастной группы 31—40 лет. В этой группе также преобладают мужчины, их удельный вес составлял от 2,03% в 2017 г. до 2,6% в 2014 г., тогда как у женщин — от 1,09% в 2018 г. до 1,46% в 2016 г. Количество инвалидов вследствие ЦВЗ начинает нарастать в возрастной группе 41—50 лет и достигает 6—10%. Здесь также преобладают мужчины с уровнем показателя от 8,09% в 2018 г. до 10,88% в 2014 г. У женщин этой возрастной группы он колеблется от

Таблица 4

Распределение по возрасту женщин, признанных инвалидами по последствиям ЦВЗ, за 2014—2018 гг. по г. Москве (в %)

Год	18—30 лет	31—40 лет	41—50 лет	51—60 лет	61—70 лет	71—80 лет	81—90 лет	91 год и старше
2014	0,37	1,38	6,87	16,33	19,38	28,64	22,18	4,85
2015	0,3	1,45	6,77	13,84	19,91	28,72	23,43	5,58
2016	0,27	1,46	6,79	12,73	21,2	28,52	22,91	6,13
2017	0,51	1,17	4,75	10,04	20,28	30,49	25,67	7,09
2018	0,21	1,09	5,04	10,63	21,74	30,64	24,38	6,27

Таблица 5

Распределение по возрасту мужчин, признанных инвалидами по последствиям ЦВЗ, за 2014—2018 гг. по г. Москве (в %)

Год	18—30 лет	31—40 лет	41—50 лет	51—60 лет	61—70 лет	71—80 лет	81—90 лет	91 год и старше
2014	0,7	2,6	10,88	33,4	23,28	18,82	8,83	1,49
2015	0,69	2,59	10,89	32,02	24,39	18,46	9,22	1,75
2016	0,71	2,36	10,35	30,54	26,26	18,85	8,88	2,04
2017	0,42	2,03	8,98	28,18	27,01	20,06	10,72	2,6
2018	0,33	2,13	8,49	29,3	28,92	20,3	8,8	1,73

4,75% в 2017 г. до 6,87% в 2014 г. В возрастной группе 51—60 лет показатель достигает более 20% и вновь преобладают мужчины с максимальным его уровнем 30,54% в 2016 г. и минимальным 28,18% в 2017 г. У женщин этой возрастной группы показатель колеблется от 10,04% в 2017 г. до 16,33% в 2014 г.

Примерно в этих же пределах варьирует количество инвалидов вследствие ЦВЗ в возрастной группе 61—70 лет, причем преобладание мужчин сохраняется в пределах от 23,28% в 2014 г. до 28,92% в 2018 г. У женщин этот показатель составлял от 19,38% в 2014 г. до 21,74% в 2018 г. Следует подчеркнуть, что именно в этой возрастной группе прослеживается четкая тенденция увеличения числа инвалидов по последствиям ЦВЗ за весь исследуемый период (2014—2018) среди мужчин и женщин.

В возрасте 71—80 лет картина меняется. В общем количестве инвалидов вследствие ЦВЗ эта возрастная группа преобладает над всеми остальными, достигая максимума (>25%). В этой возрастной группе начинают преобладать женщины, и такая тенденция сохраняется в более старших возрастных группах. Это преобладание объясняется большей продолжительностью жизни женщин. Количество женщин, признанных инвалидами вследствие ЦВЗ, в этой возрастной группе варьирует от 28,52% в 2016 г. до 30,64% в 2018 г, количество мужчин — от 18,46% в 2015 г. до 20,30% в 2018 г.

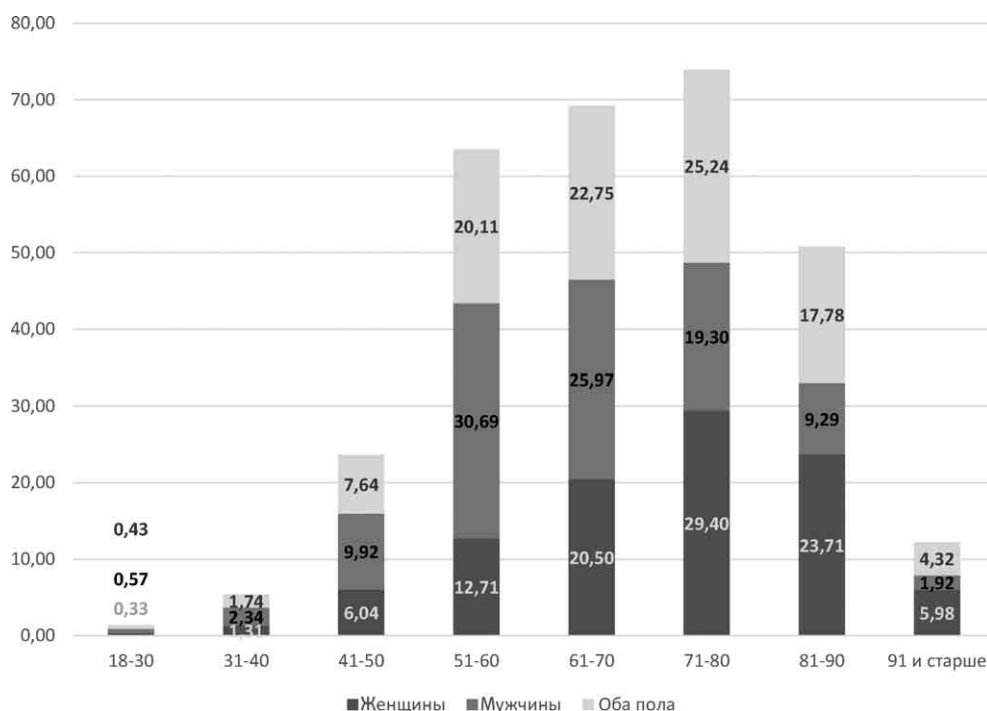
В возрастной группе 81—90 лет наблюдается общее снижение количества инвалидов вследствие ЦВЗ до 17,85%, значительное снижение количества мужчин, оно колеблется от 8,8% в 2018 г. до 9,22% в 2015 г.; у женщин показатель значительно выше: от 22,18% в 2014 г. до 25,67% в 2017 г.

Удельный вес инвалидов вследствие ЦВЗ в возрастной группе 91 год и старше колеблется в пределах 5%. Однако следует отметить, что женщины в

Таблица 6

Распределение по возрасту лиц (оба пола), признанных инвалидами по последствиям ЦВЗ, за 2014—2018 гг. в г. Москве (в %)

Год	18—30 лет	31—40 лет	41—50 лет	51—60 лет	61—70 лет	71—80 лет	81—90 лет	91 год и старше
2014	0,51	1,89	8,55	23,51	21,02	24,51	16,56	3,44
2015	0,46	1,92	8,47	21,35	21,76	24,48	17,56	4
2016	0,45	1,84	8,28	20,16	23,31	24,48	17,05	4,42
2017	0,48	1,5	6,39	17,07	22,89	26,45	19,88	5,35
2018	0,26	1,53	6,49	18,46	24,75	26,3	17,85	4,37



Распределение удельного веса инвалидов вследствие ЦВЗ по полу и возрасту, среднегодовые значения за 2014—2018 гг. (в %). По оси абсцисс — возраст (в годах).

этой возрастной группе существенно преобладают над мужчинами, их показатель колеблется от 4,85% в 2014 г. до 7,09% в 2017 г., тогда как у мужчин — от 1,49% в 2014 г. до 2,60% в 2017 г.

Анализ возрастно-половой структуры инвалидов вследствие ЦВЗ свидетельствует о том, что в трудоспособном возрасте, а также в возрастной группе от 61 года до 70 лет в общем количестве инвалидов исследуемого контингента преобладают мужчины. В возрасте 71 года и старше в структуре инвалидности вследствие ЦВЗ преобладают женщины.

У мужчин первое место по количеству инвалидов вследствие ЦВЗ занимает возрастная группа 61—70 лет, у женщин — 71—80 лет.

У лиц обоих полов на первом месте по числу инвалидов вследствие ЦВЗ — возраст 71—80 лет, второе занимает возраст 61—70 лет, третье — возраст 51—60 лет, т. е. инвалидами вследствие ЦВЗ чаще становятся лица пенсионного возраста. Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что до 30% контингента инвалидов вследствие ЦВЗ составляют лица трудоспособного возраста, причем от 1 до 3% граждан становятся инвалидами в возрасте до 40 лет, что свидетельствует об актуальности данной проблемы и необходимости разработки комплексных мероприятий по профилактике заболеваемости и инвалидности вследствие ЦВЗ.

Выводы

Проведенный анализ свидетельствует, что среди общего количества граждан, признанных инвалидами вследствие ЦВЗ, ежегодно примерно $\frac{1}{3}$ (от 28,3% в 2014 г. до 34,7% в 2018 г.) признаются таковыми впервые.

Среди общего контингента лиц, признанных инвалидами вследствие ЦВЗ, преобладают женщины (от 58% в 2014, 2016, 2018 гг. до 61% в 2017 г.). Количество мужчин колеблется от 39% в 2017 г. до 42% в 2014, 2016, 2018 гг.

Инвалидами вследствие ЦВЗ чаще становятся лица пенсионного возраста. Вместе с тем до 30% этого контингента инвалидов составляют лица трудоспособного возраста.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кадыков А. С., Манвелов Л. С., Шахпаронова Н. В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия). М.: ГЭОТАР-Медиа; 2006. 224 с.
2. Зоткина М. Н., Жаднов В. А. Анализ качества жизни у больных цереброваскулярными заболеваниями. *Личность в меняющемся мире: Здоровье, адаптация, развитие*. 2016;1(12):69—77.
3. Одинак Н. М. Частная неврология: Учебное пособие. М.: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2009. 576 с.
4. Верещагин Н. В. Недостаточность кровообращения церебробазиллярной системы. *Concillium medicum*. 2003;(5):8—11.
5. Lechtenberg R. (ed.). *Handbook of Cerebellar Diseases*. N.Y.: Marcel Dekker Inc; 1994. 573 p.
6. Захарова Е. М. Современные представления о цереброваскулярных заболеваниях. *Медицинский альманах*. 2010;2(11):42—7.
7. Scott M., Werthan M. The fate of hypertensive patients with clinically proven spontaneous intracerebral hematomas treated without intracranial surgery. *Stroke*. 1970;1(4):286—300.
8. Бибикина Л. Г. Особенности течения дисциркуляторной энцефалопатии у пожилых. М.; 1996. 20 с.
9. Provenzale J. M., Barboriak D. P. Brain infarction in young adults: etiology and imaging findings. *AJR. Am. J. Roentgenol.* 1997;169(4):1161—8.
10. Скворцова В. И., Крылов В. В. Геморрагический инсульт. Практическое руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2005. 160 с.
11. Шахпаронова Н. В., Кадыков А. С., Кашина Е. Н. Реабилитация больных, перенесших инсульт. Восстановление двигательных, речевых, когнитивных функций. *Трудный пациент*. 2012;(11):22—7.
12. Меметов С. С., Шаркунов Н. П. Медико-социальные проблемы долгожителей на современном этапе. *Успехи геронтологии*. 2019;32(4):664—7.
13. Мухамедзянов А. М. Медико-экономические аспекты инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в г. Уфе. *Фундаментальные исследования*. 2014;10(5):941—4.
14. Петросян К. М. Анализ первичной инвалидности вследствие цереброваскулярных болезней в Российской Федерации, Центральном Федеральном округе и городе Москве. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2014;(2):21—3.

Поступила 22.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Kadykov A. S., Manvelov L. S., Shahparonova N. V. Chronic disease of the brain (dyscirculatory encephalopathy) [*Khronicheskiye sosud-*

Здоровье и общество

- istyie zabolevaniya golovnogogo mozga (distsirkulyatornaya entsefalopatiya)*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2006. 224 p. (in Russian).
- Zotkina M. N., Zhadnov V. A. Analysis of quality of life in patients with cerebrovascular diseases. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: Zdorov'e, adaptaciya, razvitie*. 2016;12(1):69—77 (in Russian).
 - Odinak N. M. Private neurology: Textbook [*Chastnaya nevrologiya: Uchebnoye posobiye*]. Moscow: Medical information Agency; 2009. 576 p. (in Russian).
 - Vereshchagin N. V. Insufficiency of blood circulation of the cerebrobasilar system. *Concilium medicum*. 2003;(5):8—11 (in Russian).
 - Lechtenberg R. (ed.). Handbook of Cerebellar Diseases. N.Y.: Marcel Dekker Inc; 1994. 573 p.
 - Zakharova E. M. Modern concepts of cerebrovascular diseases. *Medicinskij al'manah*. 2010;11(2):42—7 (in Russian).
 - Scott M., Werthan M. The fate of hypertensive patients with clinically proven spontaneous intracerebral hematomas treated without intracranial surgery. *Stroke*. 1970;1(4):286—300.
 - Bibikova, L. G. Features of the course of dyscirculatory encephalopathy in the elderly [*Osobennosti techeniya distsirkulyatornoy entsefalopatii u pozhilykh*]. Moscow: 1996. 20 p. (in Russian).
 - Provenzale J. M., Barboriak D. P. Brain infarction in young adults: etiology and imaging findings. *AJR. Am. J. Roentgenol*. 1997;169(4):1161—8.
 - Skvortsova V. I., Krylov V. V. Hemorrhagic stroke. Practical guide [*Gemorragicheskiy insult. Prakticheskoye rukovodstvo*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2005. 160 p.
 - Shahparonova N. V., Kadykov A. S., Kashina E. N. Rehabilitation of patients with stroke. Restoration of motor, speech, and cognitive functions. *Trudnyj pacient*. 2012;(11):22—7 (in Russian).
 - Memetov S. S., Sharkunov N. P. Medical and social problems of centenarians at the present stage. *Uspekhi gerontologii*. 2019;32(4):664—7 (in Russian).
 - Mukhamedzhanov A. M. Medico-economic aspects of disability due to cerebrovascular diseases in Ufa. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2014;(10):941—4 (in Russian).
 - Petrosyan K. M. Analysis of primary disability due to cerebrovascular diseases in the Russian Federation, the Central Federal district and the city of Moscow. *Mediko-social'naya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2014;(2):21—3 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2021

УДК 614.2

Васильева Т. П.¹, Комаров И. А.¹, Александрова О. Ю.¹, Зинченко Р. А.^{1,2}**НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РЕДКИХ (ОРФАННЫХ) ЗАБОЛЕВАНИЯХ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;²ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика Н. П. Бочкова», 115522, г. Москва

Проведен анализ нормативно-правового регулирования оказания медицинской помощи, в том числе лекарственного обеспечения, взрослым пациентам, страдающим редкими болезнями, на примере жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности («Перечень-24»).

Изучена существующая законодательная база на предмет наличия установленных порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, а также клинических рекомендаций для заболеваний из «Перечня-24» применительно к взрослому населению.

Определили, что на сегодняшний день не существует отдельных порядков оказания медицинской помощи для редких заболеваний из «Перечня-24». Для взрослого населения разработаны стандарты по 6 редким заболеваниям (25% общего количества болезней) из данного перечня. При этом, по данным анализа по 6 редким заболеваниям утвержденных стандартов, выявлено, что для оказания первичной медико-санитарной помощи утверждены только 3 из 11 стандартов (27,28%), для оказания медицинской помощи в плановой форме — 4 (33,34%) и только 1 (9,09%) разработанный стандарт имел соответствие нормативно-правовой регламентации его создания (наличие клинических рекомендаций), однако и по отношению к нему есть неблагоприятный прогноз в связи с регламентированной законодательно потребностью пересмотра всех клинических рекомендаций до конца 2021 г.

Требуется пересмотр и разработка клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи при лечении взрослых пациентов с редкими заболеваниями из «Перечня-24». Сделаны выводы, направленные на совершенствование стандартизации медицинской помощи взрослым, страдающим редкими заболеваниями из «Перечня-24», за счет приведения ее в соответствие с действующим нормативно-правовым регулированием.

Ключевые слова: охрана здоровья граждан; здравоохранение; Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи; редкие болезни; стандартизация медицинской помощи; нормативно-правовое регулирование.

Для цитирования: Васильева Т. П., Комаров И. А., Александрова О. Ю., Зинченко Р. А. Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи при редких (орфанных) заболеваниях среди взрослого населения Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):270—277. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-270-277>

Для корреспонденции: Комаров Илья Александрович, канд. фарм. наук, ведущий научный сотрудник отдела изучения образа жизни и охраны здоровья населения ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: iliya_komarov@mail.ru

Vasilieva T. P.¹, Komarov I. A.¹, Aleksandrova O. Yu.¹, Zinchenko R. A.^{1,2}**THE NORMATIVE LEGAL REGULATION OF MEDICAL CARE SUPPORT OF RARE (ORPHAN) DISEASES IN ADULT POPULATION OF THE RUSSIAN FEDERATION**¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;²Research Centre for Medical Genetics, 115522, Moscow, Russia

The article considers the results of legal regulation analysis of medical care support including medication maintenance of adult patients suffering from rare diseases exemplified by life-threatening and chronic progressed rare (orphan) diseases resulting in life expectancy decrease and or disability ("List-24"). Materials and methods. Law database was analyzed in terms of current orders of medical care provision, standards of medical care, and clinical guidelines for rare diseases from "List-24" regarding to adult patients. Results. It is concluded that there are no determined rules of medical care provision to adult population in case of rare diseases from "List-24". There are standards of medical care on 6 rare diseases (25% of total diseases amount) from this list for adult patients. However, based on content analysis data of approved standards it was established that there are only 3 from 11 standards (27.28%) for primary medical care support, 4 standards (33.34%) for medical care provision in planned condition, and only 1 standard (9.09%) had appropriate legal basis for its development (clinical guidelines availability). Nevertheless, there is negative prognosis for this the only standard due to legal necessity of all clinical guidelines revision till the end of 2021. Conclusion. Revision and creation of clinical guidelines and standards of medical care afterwards are needed for adult patients treatment with rare diseases from "List-24". The conclusion was made in terms of medical care standardization improvement for adult patients suffering from rare diseases from "List-24" based on its alignment with current legal regulation.

Keywords: citizens; health care; state guarantee program; rare disease; medical care; standardization; legal regulation.

For citation: Vasilieva T. P., Komarov I. A., Aleksandrova O. Yu., Zinchenko R. A. The normative legal regulation of medical care support of rare (orphan) diseases in adult population of the Russian Federation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):270—277 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-270-277>

For correspondence: Komarov I. A., candidate of pharmacological sciences, the Leading Resercher of the Federal State Budget Scientific Institution "The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health" of the Minobrnauka of Russia. e-mail: iliya_komarov@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Введение

Оказание медицинской помощи, в том числе лекарственного обеспечения, больным с редкими патологиями остается весьма актуальной проблемой в отечественном здравоохранении и за рубежом, несмотря на существующие программы [1, 2]. Относительно редкая встречаемость таких заболеваний среди населения сочетается с необходимостью применения дорогостоящей терапии. В большинстве развитых государств эти вопросы включены в сферу государственных интересов, сформировано законодательство, разрабатываются механизмы обеспечения доступной лекарственной помощи пациентам с редкими заболеваниями [3—7].

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 г. и на плановый период 2021 и 2022 гг., утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1508 в разделе V «Финансовое обеспечение Программы» сказано: «За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется: обеспечение граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или его инвалидности...»¹.

Данный перечень был утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.04.2012 № 403 «О порядке ведения федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности и его регионального сегмента»² и включал 24 заболевания («Перечень-24»).

Проанализированы отечественные исследования в данном направлении, многие из них позволяют определить ряд направлений по снижению распространенности, профилактике формирования инвалидности и смертности при редких заболеваниях [8—11]. При этом в данных исследованиях не затра-

гивались нормативно-правовые механизмы оказания медицинской помощи пациентам с редкими заболеваниями, которые являются законодательной основой для ее оказания.

Были обнаружены отечественные исследования, в которых основное внимание уделено законодательному регулированию при оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями из «Перечня-24» [12—15]. Подробно описаны источники финансирования лекарственного обеспечения больных данными болезнями, подходы к учету пациентов с использованием установленных регистров. Важно также оценивать существующее нормативно-правовое регулирование применительно к каждому конкретному редкому заболеванию из «Перечня-24», а не только ко всей группе в целом. Такая оценка может быть проведена путем изучения имеющихся порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций.

Цель исследования — изучить законодательное регулирование, касающееся оказания медицинской помощи, в том числе лекарственного обеспечения, взрослым пациентам с заболеваниями из «Перечня-24».

Материалы и методы

Изучена существующая законодательная база на предмет наличия установленных порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, а также клинических рекомендаций для заболеваний из «Перечня-24». С этой целью были проведены поисковые запросы в базах данных «Консультант Плюс», «Гарант», проанализированы государственные ресурсы, содержащие действующие законодательные акты, рубрикатор клинических рекомендаций. Запросы были проведены с использованием ключевых слов, содержащих название заболевания, а также формулировки «порядки оказания медицинской помощи», «стандарты медицинской помощи», «клинические рекомендации». Далее анализировали полученные результаты поиска на предмет их актуальности (не утратившие силу нормативно-правовые акты) и содержания.

Обнаруженные стандарты медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения РФ до 1 января 2019 г., были изучены с позиции того, для какой группы больных они были разработаны. Установили, какой процент из найденных данных нормативно-правовых документов относится к детскому, взрослому населению или применяется одновременно для обеих групп.

Далее для каждого заболевания из «Перечня-24» было определено наличие соответствующих стандартов медицинской помощи, предназначенных для взрослых пациентов, а также были приведены номера приказов Министерства здравоохранения РФ,

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_339883/ (дата обращения 16.02.2020).

² Постановление Правительства Российской Федерации от 26.04.2012 № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента». Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/70168888/> (дата обращения 13.05.2020).

утверждающих данные нормативно-правовые документы. При этом обнаруженные стандарты медицинской помощи разделялись в соответствии с видом оказания медицинской помощи на группу стандартов, разработанных для применения при первичной медико-санитарной помощи, и группу для применения при специализированной медицинской помощи. Если для одного заболевания из «Перечня-24» в каждом разделе было обнаружено несколько стандартов медицинской помощи, были приведены все найденные законодательные документы. Наконец, было установлено итоговое количество существующих стандартов медицинской помощи для следующих изучаемых разделов: при оказании первичной медико-санитарной помощи и при специализированной медицинской помощи.

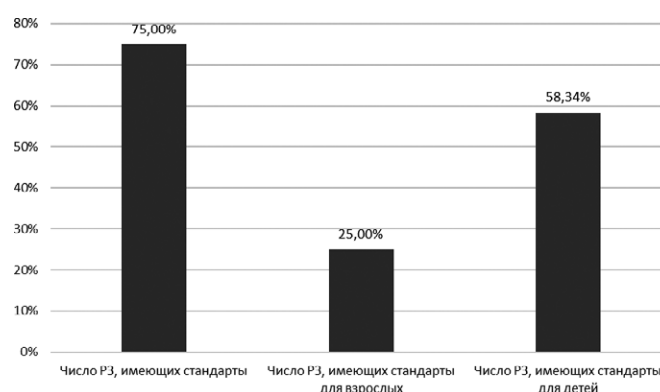
Далее был проведен более подробный анализ каждого из существующих стандартов медицинской помощи взрослым больным с заболеваниями из «Перечня-24». Так, для каждого нормативно-правового документа определили номер и дату соответствующего приказа Министерства здравоохранения РФ, утверждающего стандарт. Далее установили возрастную категорию, для которой регулируется медицинская помощь: только взрослые или вне зависимости от возраста. Отмечена фаза заболевания, для которой создан стандарт: поддерживающая терапия, коррекция терапии, ремиссия заболевания, обострение, рецидив, острая, подострая, хроническая фазы, стабилизация, консолидация ремиссии, любая фаза, без уточнения.

Затем для каждого стандарта медицинской помощи установили регламентируемую стадию заболевания: острая, персистирующая, хроническая, компенсационная, декомпенсационная, начальная, развернутая, тяжелой степени, любая стадия, без уточнения. Также был обозначен вид соответствующей медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, высокотехнологичная медицинская помощь.

Далее определили условия оказания обозначенной медицинской помощи. Согласно анализируемым стандартам медицинской помощи, условия разделяли на «амбулаторно», «стационарно», «дневной стационар», «нет уточнений». Затем установили возможные формы оказания соответствующей медицинской помощи: экстренная, неотложная, плановая, нет уточнений. Наконец, для каждого стандарта медицинской помощи определили соответствующие средние сроки лечения в днях.

Результаты исследования

На основании существующего законодательства РФ медицинская помощь организуется согласно порядкам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи, а также на основе клинических рекомендаций. Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией и не входящих в соот-



Удельный вес редких заболеваний (P3) из «Перечня-24», имеющих стандарты медицинской помощи, утвержденные Минздравом до 1 января 2019 г., в целом для взрослых и детей.

ветствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии³.

В настоящей работе определили, что на сегодняшний день не существует отдельных порядков оказания медицинской помощи для редких заболеваний. Основным порядком, который касается большинства патологий из «Перечня-24», является «Порядок оказания медицинской помощи больным с врожденными и(или) наследственными заболеваниями», утвержденный приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 917н⁴.

В то же время в рамках исследования установили, что стандарты медицинской помощи существуют только для части болезней из «Перечня-24» (см. рисунок).

Как видно из представленных данных, для 18 (75%) редких болезней из «Перечня-24» стандарты медицинской помощи разработаны, в то время как для 6 (25%) их не существует. При этом среди редких болезней из «Перечня-24» ($n=24$) удельный вес заболеваний, имеющих стандарты для взрослых, был ниже, чем для детей, и составил 25% против 75% заболеваний, не имеющих стандартов для взрослых. Таким образом, он оказался ниже, чем удельный вес заболеваний, имеющих стандарты для детей, который в свою очередь равен 58,34% ($n=14$) против 41,66%, не имеющих стандартов для детей.

Это указывает на меньшую активность здравоохранения по стандартизации оказания медицинской помощи при данных заболеваниях взрослым, обусловленную, вероятно, тем, что именно детская служба чаще всего имеет первый контакт с большинством данных пациентов. Вместе с тем дожитие пациентов, имеющих редкие заболевания из «Пе-

³ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/12191967/> (дата обращения 13.05.2020).

⁴ Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 917н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с врожденными и (или) наследственными заболеваниями». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140325/ (дата обращения 13.05.2020).

Утвержденные МЗ РФ стандарты медицинской помощи взрослым больным с редкими заболеваниями из «Перечня-24»

Заболевание	Приказ МЗ РФ, утверждающий стандарты оказания медицинской помощи		
	Код МКБ-10	ПМСП	СМП
Гемолитико-уремический синдром	D59.3	№ 1750н от 29.12.2012	Нет
Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы—Микели)	D59.5	Нет	Нет
Апластическая анемия неуточненная	D61.9	Нет	Нет
Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта—Прауэра)	D68.2	Нет	Нет
Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса)	D69.3	№ 833н от 09.11.2012	№ 344 от 21.05.2007
Дефект в системе комплемента	D84.1	Нет	Нет
Преждевременная половая зрелость центрального происхождения	E22.8	Нет	Нет
Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланиемии)	E70.0, E70.1	Нет	Нет
Тирозинемия	E70.2	Нет	№ 739н от 09.11.2012
Болезнь «кленового сиропа»	E71.0	Нет	Нет
Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая ацидемия)	E71.1	Нет	Нет
Нарушения обмена жирных кислот	E71.3	Нет	Нет
Гомоцистинурия	E72.1	Нет	Нет
Глютарикацидурия	E72.3	Нет	Нет
Галактоземия	E74.2	Нет	Нет
Другие сфинголипидозы: болезнь Ниманна—Пика, болезнь Фабри	E75.2	Нет	Нет
Мукополисахаридоз, тип I	E76.0	Нет	Нет
Мукополисахаридоз, тип II	E76.1	Нет	Нет
Мукополисахаридоз, тип VI	E76.2	Нет	Нет
Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия	E80.2	Нет	№ 793н от 09.11.2012 № 794н от 09.11.2012 № 820н от 09.11.2012 № 821н от 09.11.2012 № 1461н от 24.12.2012
Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона)	E83.0	Нет	№ 108 от 22.02.2006
Незавершенный (несовершенный) остеогенез	Q78.0	Нет	Нет
Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная)	I27.0	№ 1446н от 24.12.2012	Нет
Юношеский артрит с системным началом	M08.2	Нет	Нет
Итого 24		3	8

Примечания. ПМСП — первичная медико-санитарная помощь, СМП — специализированная медицинская помощь.

речня-24», делает актуальной проблему стандартизации медицинской помощи этим пациентам и применительно к взрослому населению.

В связи с этим проанализированы данные о существующих на сегодняшний день стандартах медицинской помощи при редких заболеваниях из «Перечня-24», касающихся взрослого населения.

В табл. 1 представлены данные о распределении утвержденных стандартов для взрослых по нозологическим формам редких заболеваний из «Перечня-24».

Приведенные данные свидетельствуют о том, что стандарты оказания медицинской помощи взрослому населению разработаны по таким редким заболеваниям, как гемолитико-уремический синдром (D59.3), идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса) (D69.3), острая перемежающаяся (печеночная) порфирия (E80.2), тирозинемия (E70.2), легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная) (I27,0), нарушения обмена меди (болезнь Вильсона) (E83.0). При этом общее число разработанных и утвержденных стандартов составляет 11, так как при некоторых редких заболеваниях с учетом видов, условий и форм необходимой им медицинской помощи, вариантов течения заболеваний разработано несколько стандартов.

Проведенный анализ сутевой основы утвержденных стандартов для взрослых с учетом видов медицинской помощи при редких заболеваниях из «Перечня-24» показал, что нормативная обеспеченность этих заболеваний далеко не полная. Так, данные, представленные в табл. 2, показывают, что из общего числа утвержденных МЗ РФ стандартов для оказания медицинской помощи взрослым при 6 орфанных заболеваниях из «Перечня-24», имеющих данные стандарты ($n=11$), 3 стандарта регламентируют оказание ПМСП (27,27%), а остальные 8 — оказание СМП (72,73%), в том числе 1 (9,1%) — оказание высокотехнологичной медицинской помощи при нарушениях обмена меди (болезнь Вильсона) (E83.0). Это свидетельствует о пробелах нормативно-правового регулирования стандартизации оказания ПМСП при редких заболеваниях из «Перечня-24» — больших, чем при СМП, хотя именно за оказанием этого вида помощи обращается основная масса населения.

Затем была проанализирована сутевая основа имеющихся для взрослых пациентов стандартов медицинской помощи по условиям ее оказания при редких заболеваниях из «Перечня-24» (табл. 2).

Анализ показал, что по условиям оказания медицинской помощи стандарты для взрослых распределились также неравномерно: 27,27% для оказания

Анализ сутевой основы существующих стандартов оказания медицинской помощи взрослым пациентам, страдающим заболеваниями из «Перечня-24»

Заболевание	Код МКБ-10	Номер и дата приказа МЗ, утверждающего стандарт МП (особенности)	Возрастная категория	Фаза	Стадия	Вид МП	Условия оказания МП	Форма оказания МП	Средние сроки лечения, дней
Гемолитико-уремический синдром	D59.3	№ 1750н от 29.12.2012	Взрослые	Поддерживающая терапия, коррекция терапии, ремиссия заболевания	Все	ПМСП	Амбулаторно	Плановая неотложная	320
Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса)	D69.3	№ 344 от 21.05.2007 № 833н от 09.11.2012	Взрослые, дети Взрослые	Любая Обострение, рецидив	Любая	СМП	Стационарно	—	35 90
Тирозинемия	E70.2	№ 739н от 09.11.2012 (тирозинемия типов Ia и Ib наследственная)	Взрослые, дети	Острая, хроническая	Компенсационная, декомпенсационная	СМП	Стационарно	Экстренная, Неотложная, плановая	21
Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия	E80.2	№ 793н от 09.11.2012 (первый приступ с дыхательной недостаточностью)	Взрослые	Острая	Начальная, развернутая	СМП	Стационарно	Неотложная	150
		№ 794н от 09.11.2012 (первый приступ без осложнений)	Взрослые	Острая	Начальная	СМП	Стационарно	Неотложная	30
		№ 820н от 09.11.2012 первый приступ (на фоне беременности)	Взрослые	Острая	Начальная	СМП	Стационарно	Экстренная	30
		№ 821н от 09.11.2012 (осложненная ХПН)	Взрослые	Подострая	Тяжелая степень	СМП	Стационарно	Неотложная	60
Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона)	E83.0	№ 108 от 22.02.2006	Дети, взрослые	Любая	Нет	ВМП	Стационарно	—	21
		№ 1461н от 24.12.2012 (первый приступ с осложненным течением)	Взрослые	Острая	Начальная, развернутая	СМП	Стационарно	Неотложная, экстренная	90
Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная)	I27.0	№ 1446н от 24.12.2012	Взрослые	Любая	Вне зависимости	ПМСП	Амбулаторно	Плановая	365

Примечание. МП — медицинская помощь, ВМП — высокотехнологичная медицинская помощь.

амбулаторной медицинской помощи и 72,73% для стационарной. Для оказания плановой медицинской помощи предназначено 40% утвержденных стандартов (4 из 10 имеющих указание формы медицинской помощи для применения).

Проведен анализ соблюдения нормативно-правовой основы разработки утвержденных стандартов оказания медицинской помощи взрослым при редких заболеваниях из «Перечня-24». Согласно положениям Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» «Стандарт медицинской помощи разрабатывается на основе клинических рекомендаций...»⁵. Определение клинических рекомендаций утверждено в Федеральном законе от 25.12.2018 № 489 «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федера-

ции» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций», согласно которому к ним относятся «документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи»⁶. Указано, что «медицинская помощь <...> организуется и оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи <...>; в соответствии с порядками оказания медицинской помощи <...>; на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи <...>». При этом определено, что «по каждому заболева-

⁵ Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72036974/> (дата обращения 13.05.2020).

⁶ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/12191967/> (дата обращения 13.05.2020).

Здоровье и общество

нию, состоянию (группе заболеваний, состояний) для взрослых и детей может быть одобрено и утверждено соответственно не более одной клинической рекомендации» и утверждено, что «стандарт медицинской помощи разрабатывается на основе клинических рекомендаций <...> и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: медицинских услуг <...>; <...> лекарственных препаратов <...>; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; видов лечебного питания <...>; иного, исходя из особенностей заболевания, (состояния)»⁷. Закрепленная законодательно регулирующая функция клинических рекомендаций и создаваемых на их основе стандартов составляет основу планируемого ресурсного обеспечения оказания медицинской помощи, в том числе лекарственного обеспечения, жизненно важного при данных заболеваниях, что подтверждается включением его финансирования в Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению.

Проведенный с этих позиций анализ утвержденных стандартов оказания медицинской помощи при орфанных заболеваниях из «Перечня-24» показал, что только по 7 (29,17%) редким болезням из «Перечня-24» имеются стандарты, разработанные соответственно требованиям законодательства на основе имеющихся клинических рекомендаций, разработанных профильными медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и утвержденных Министерством здравоохранения. При этом следует отметить, что по отношению к взрослым лицам только один утвержденный стандарт разработан при наличии клинических рекомендаций (9,09%). Остальные не соответствуют законодательно утвержденным требованиям, так как разработаны при отсутствии клинических рекомендаций. Следует также отметить, что, кроме оценки легитимности стандартов, необходимо оценить соответствие самих клинических рекомендаций действующим на сегодняшний момент правовым нормам. Проведенный анализ показал, что далеко не все клинические рекомендации удовлетворяют правовым нормам. Согласно Федеральному закону № 489 (ч. 4, ст. 3), с 2022 г. начнут действовать его положения в отношении клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, согласно которым клинические рекомендации, утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями до 1 января 2019 г., применяются до их пересмотра и утверждения в соответствии с законодательством, но не позднее 31 декабря 2021 г.⁸, т. е. даже если стандарт разработан на основе клинических рекомендаций, он нуждается в пересмотре. Необходимо отметить и отсутствие утвержденных стандартов по 4 нозологиям из «Перечня-24» при наличии

утвержденных клинических рекомендаций, что свидетельствует о неиспользовании в полном объеме имеющихся потенциальных возможностей стандартизации медицинской помощи взрослым при орфанных заболеваниях и отказе от объективизации ресурсного обеспечения оказания этим пациентам медицинской помощи, в том числе лекарственного обеспечения.

Таким образом, проведенный анализ нормативно-правовой основы стандартизации оказания медицинской помощи взрослым пациентам при редких заболеваниях из «Перечня-24» определил ее неблагоприятное. Обоснованием этого является выявленное полное несоответствие стандартизации действующему нормативно-правовому регулированию по всем заболеваниям из данного перечня. Данные анализа показали, что есть необходимость пересмотра всех имеющихся стандартов в соответствии с новыми требованиями законодательства действующих клинических рекомендаций, составивших основу имеющихся стандартов. Кроме того, по значительной части заболеваний из «Перечня-24» отсутствует возможность начала работы над созданием стандартов для оказания медицинской помощи взрослым в связи с отсутствием клинических рекомендаций. Важность этих выводов по отношению к большим с орфанными заболеваниями из «Перечня-24» согласуется с решением регулирующего органа в здравоохранении страны о включении в список заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации, критерия «отнесение заболевания к жизнеугрожающим и хроническим прогрессирующим редким (орфанным) заболеваниям, приводящим к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности»⁹. Следующим направлением после приведения клинических рекомендаций в соответствие с действующими требованиями нормативной базы станет правомочная разработка на их основе стандартов медицинской помощи¹⁰.

Заключение

На сегодняшний день для редких заболеваний из «Перечня-24» существует установленное нормативно-правовое регулирование на федеральном уровне, на основании которого данные редкие болезни выделены в отдельный список, имеют установленное финансирование в области организации необходимого лекарственного обеспечения. При этом анализ нормативно-правового регулирования оказания медицинской помощи при редких (орфанных) заболе-

⁹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 № 101н «Об утверждении критериев формирования перечня заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_325476/ (дата обращения 13.05.2020).

¹⁰ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <http://ivo.garant.ru/#/document/12191967/> (дата обращения 13.05.2020).

⁷ Там же.

⁸ Там же.

ваниях среди взрослого населения Российской Федерации установил важные направления по дальнейшему совершенствованию стандартизации этой помощи.

По ряду изучаемых редких заболеваний стандарты имеются только для отдельных моделей пациентов, а для подавляющего большинства вообще отсутствуют. Федеральным законом от 25.12.2018 № 489-ФЗ в ст. 37 Закона № 323-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» внесен ряд важных изменений, в частности о том, что стандарт медицинской помощи разрабатывается на основе клинических рекомендаций. При этом указано, что клинические рекомендации утверждаются до 31.12.2021 г., в связи с чем утверждение и пересмотр стандартов будут зависеть от принятия клинических рекомендаций в установленном порядке.

В отношении орфанных болезней из «Перечня-24» неблагоприятность ситуации определяется тем, что по всем заболеваниям данного перечня для оказания медицинской помощи взрослым пациентам в период до конца 2021 г. необходимо привести ее стандартизацию в соответствие с требованиями Федерального закона от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций». Это потребует разработки клинических рекомендаций более чем по 70% заболеваний, а по остальным — пересмотра ранее утвержденных клинических рекомендаций, а после этого проведения следующего этапа создания на их основе стандартов медицинской помощи. Только реализация этих действий обеспечит исправление текущей ситуации с нормативно-правовым регулированием оказания медицинской помощи взрослым пациентам с орфанными заболеваниями из «Перечня-24» и позволит усовершенствовать подходы к оказанию им медицинской помощи.

Исследование выполнено в рамках государственного задания Минобрнауки России.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Taruscio D., Vittozzi L., Stefanov R. National plans and strategies on rare diseases in Europe. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2010;686:475—91. doi: 10.1007/978-90-481-9485-8_26
2. Miller K. L., Lanthier M. Investigating the landscape of US orphan product approvals. *Orphanet J. Rare Dis.* 2018;13(1):183. doi: 10.1186/s13023-018-0930-3
3. Ахмедов А. А., Холбеков Ш. Т., Джудай Т. Е. Орфанные заболевания как медико-социальная проблема. *Тверской медицинский журнал.* 2020;(2):59—64.
4. Витковская И. П., Печатникова Н. Л., Петрайкина Е. Е., Колтунов И. Е. Раннее выявление врожденных и наследственных заболеваний (неонатальный скрининг, селективный скрининг). Опыт региона и перспективы развития. *Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение.* 2018;2(1—1):62—6.
5. Волкова Н. С., Аксу Э. Редкие (орфанные) заболевания: правовое регулирование в России и за рубежом. *Журнал зарубежного законодательства и сравнительного правоведения.* 2018;71(4):154—60.
6. Чичерин Л. П., Прокофьева Я. А. Современные проблемы орфанных заболеваний. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко.* 2019;(1):118—24.
7. Berry S. A., Coughlin C. R. 2nd, McCandless S., McCarter R., Semina J., Yudkoff M., LeMons C. Developing interactions with industry in rare diseases: lessons learned and continuing challenges. *Genet. Med.* 2020;22(1):219—26.
8. Воинова В. Ю., Школьникова М. А., Найговзина Н. Б. Ресурсы оказания медицинской помощи больным с орфанными заболеваниями в различных странах. *Доктор.Ру.* 2018;148(4):6—13.
9. Новиков П. В. Редкие (орфанные) наследственные и врожденные болезни у детей: проблемы и задачи на современном этапе. *Вопросы практической педиатрии.* 2011;16(1):34—44.
10. Гаймоленко И. Н. Орфанные заболевания: что мы о них знаем? В сб.: Материалы II Межрегиональной научно-практической конференции «Здоровый ребенок» (Чита, 14 апреля 2017 г.). Чита: ФГБОУ ВО ЧГМА; 2017. С. 31—2.
11. Захарова Е., Красильникова Е. И. Орфанные болезни. *Практика педиатра.* 2019;(4):20—6.
12. Сабари Х. И., Иванова И. Д. Редкие заболевания, изменения в обеспечении лекарственными препаратами больных орфанными заболеваниями. *Eastern-European Scientific Journal.* 2018;3(31):51—2.
13. Косякова Н. В., Ниворожкина Л. И., Полякова И. А. Анализ обеспеченности лекарственными препаратами и специализированными продуктами питания больных орфанными заболеваниями: возможности и ограничения. *Учет и статистика.* 2019;55(3):108—21.
14. Косякова Н. В., Ягудина Р. И. Лекарственное обеспечение пациентов с орфанными заболеваниями. Этапы маршрутизации. *Современная организация лекарственного обеспечения.* 2018;(2):44—8. doi: 10.30809/solo.2.2018
15. Михайленко Е. В., Кузьмин С. Б. Анализ правового регулирования лекарственного обеспечения граждан Российской Федерации, страдающих орфанными заболеваниями. *Медицинское право: теория и практика.* 2018;4(1):226—30.

Поступила 28.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Taruscio D., Vittozzi L., Stefanov R. National plans and strategies on rare diseases in Europe. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2010;686:475—91. doi: 10.1007/978-90-481-9485-8_26
2. Miller K. L., Lanthier M. Investigating the landscape of US orphan product approvals. *Orphanet J. Rare Dis.* 2018;13(1):183. doi: 10.1186/s13023-018-0930-3
3. Ahmedov A. A., Holbekov Sh. T., Gjulai T. E. Orphan diseases as a medical and social issue. *Tverskoj medicinskiy zhurnal.* 2020;(2):59—64 (in Russian).
4. Vitkovskaya I. P., Pechatnikova N. L., Petryaikina E. E., Koltunov I. E. Early detection of congenital and hereditary diseases (neonatal screening, selecting screening). Region experience and development prospect. *Russkij medicinskiy zhurnal. Medicinskoe obozrenie.* 2018;2(1—1):62—6 (in Russian).
5. Volkova N. S., Aksu Je. Rare (orphan) diseases: legal regulation in Russia and abroad. *Zhurnal zarubezhnogo zakonodatel'stva i sravnitel'nogo pravovedeniya.* 2018;71(4):154—60. doi: 10.12737/art.2018.4.20 (in Russian).
6. Chicherin L. P., Prokofieva Ya. A. Current issues of rare diseases. *Bulleten Nacionalnogo NII obhestvennogo zdorov'ya im. N. A. Semashko.* 2019;(1):118—24 (in Russian).
7. Berry S. A., Coughlin C. R. 2nd, McCandless S., McCarter R., Semina J., Yudkoff M., LeMons C. Developing interactions with industry in rare diseases: lessons learned and continuing challenges. *Genet. Med.* 2020;22(1):219—26.
8. Voinova V. Ju., Shkol'nikova M. A., Najgovzina N. B. Resources for providing medical care to patients with orphan diseases in various countries. *Doktor.Ru.* 2018;148(4):6—13 (in Russian).
9. Novikov P. V. Rare (orphan) hereditary and congenital diseases in children: problems and challenges at the present stage. *Voprosy prakticheskoy pediatrii.* 2011;16(1):34—44 (in Russian).
10. Gajmolenko I. N. Orphan diseases: what we know about them? In: Materials of the II Interregional scientific and practical conference «Healthy child». Chita, 14 Apr 2017 [*Orfannyye zabolovaniya: chto*

Здоровье и общество

- my o nikh znayem? V sb.: Materialy II Mezhhregional'noy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Zdorovyy rebenok» (Chita, 14 aprelya 2017 g.)]. Chita: FGBOU VO ChGMA; 2017 (in Russian).*
11. Zaharova E., Krasil'nikova E. I. Orphan diseases. *Praktika pediatria*. 2019;(4):20—6 (in Russian).
 12. Sabari K. I., Ivanova I. D. Rare diseases, changes in drug maintenance for patients with orphan diseases. *Eastern-European Scientific Journal*. 2018;3(31):51—2.
 13. Kosyakova N. V., Nivorozhkina L. I., Polyakova I. A. Analysis of drug and specialized feeding products provision for patients with rare diseases: opportunities and limitations. *Uchet i statistika*. 2019;55(3):108—21 (in Russian).
 14. Kosyakova N. V., Yagudina R. I. Drug supply of patients with rare diseases. Route stages. *Sovremennaya organizaciya lekarstvennogo obespecheniya*. 2018;(2):44—8. doi: 10.30809/solo.2.2018 (in Russian).
 15. Mikhailenko E. V., Kuzmin S. B. Analysis of legal regulation of drug maintenance for Russian citizens suffering from rare diseases. *Medicinskoe parvo: teoriya i praktika*. 2018;4(1):226—30 (in Russian).

Шмелев И. А., Сергеев В. В., Купряхин В. А.**МЕХАНИЗМЫ УРЕГУЛИРОВАНИЯ СПОРОВ, СВЯЗАННЫХ С НЕНАДЛЕЖАЩИМ ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара

В статье приведены результаты сравнительного исследования механизмов урегулирования споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг. В рамках потребительской модели отношения пациента и врача рассмотрены основные варианты досудебных и альтернативных механизмов урегулирования споров, связанных с ненадлежащим оказанием платных медицинских услуг. На основе юридического дизайна для потребителей и медицинских работников предложено простое и наглядное изложение возможных вариантов механизмов урегулирования споров. Предпочтительным дизайном является последовательное применение всех досудебных и альтернативных механизмов урегулирования споров, а при недостижении желаемого результата окончательное решение принимает суд. Сделан вывод о том, что урегулирование большинства (90%) споров с помощью досудебных и альтернативных механизмов урегулирования позволит в значительной степени сократить время урегулирования конфликтов, а также минимизировать неблагоприятные моральные и экономические последствия для потребителей и исполнителей медицинской услуги.

К л ю ч е в ы е с л о в а : платные медицинские услуги; потребительская модель отношений пациента и врача; досудебные и альтернативные механизмы урегулирования споров, связанных с ненадлежащим оказанием платных медицинских услуг; юридический дизайн.

Для цитирования: Шмелев И. А., Сергеев В. В., Купряхин В. А. Механизмы урегулирования споров, связанных с ненадлежащим оказанием медицинских услуг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):278—281. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-278-281>

Для корреспонденции: Шмелев Игорь Анатольевич, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой медицинского права и биоэтики ФГБОУ ВО СамГМУ, e-mail: iashmelev@mail.ru

Shmelev I. A., Sergeev V. V., Kupryakhin V. A.**THE MECHANISMS OF REGULATION OF DISPUTES CONCERNING INAPPROPRIATE MEDICAL SERVICES SUPPORT**

Samara State Medical University of Minzdrav of Russia, 443089, Samara, Russia

The article presents the results of comparative study of dispute resolution mechanisms related to the improper provision of medical services. On the basis of consumer model of physician-patient relationship basic options of pretrial and alternative mechanisms of settlements of disputes related to inadequate rendering of paid medical services are considered. On the basis of legal design for consumers and medical personnel the simple and evident statement of possible alternatives of mechanisms of settlement of disputes is presented. The preferable design is consecutive application of all pretrial and alternative mechanisms of settlement of disputes. In case when there is no desirable result the final decision is taken by court. It is concluded that the settlement of most disputes (90%) using pretrial and alternative dispute resolution mechanisms will significantly reduce time to resolve conflicts, as well as minimize unfavorable moral and economic consequences for consumers and providers of medical services.

К е y o r d s : paid medical services; consumer model; patient-physician relationship; pretrial and alternative mechanisms; settlement of disputes; legal design.

For citation: Shmelev I. A., Sergeev V. V., Kupryakhin V. A. The mechanisms of regulation of disputes concerning inappropriate medical services support. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;29(2):278—281 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-278-281>

For correspondence: Shmelev I. A., candidate of medical sciences, associate professor, the Head of the Chair of Medical Law and Bioethics of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Samara State Medical University" of Minzdrav of Russia. e-mail: iashmelev@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 02.08.2020
Accepted 29.10.2020**Введение**

При оказании платной медицинской услуги отношения пациента и врача вписываются в рамки потребительской модели, которая имеет следующие важные особенности:

- Оказание услуги по желанию гражданина.
- Приоритет заказчика в определении содержания услуги.
- Повышенные требования потребителя к качеству услуги.

Указанными особенностями определяется увеличение вероятности споров между потребителями и

исполнителями медицинских услуг по поводу их ненадлежащего оказания. В подобных конфликтных ситуациях интересам потребителя и медицинских работников отвечает хорошее знание ими возможных вариантов механизмов урегулирования споров (МУС). Актуальность подобных знаний определяется и тем обстоятельством, что в 2019 г. произошли важные изменения в российском процессуальном законодательстве. Федеральным законом от 26.07.2019 № 197-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» [1]. Гражданский процессуальный кодекс Рос-

Здоровье и общество

сийской Федерации (ГПК РФ) дополнен главой 14.1 «Примирительные процедуры. Мировое соглашение» [2]. Виды примирительных процедур, указанные в ст. 153.3 ГПК РФ, наряду с известными механизмами (например, посредничества, медиации) содержит новый МУС — судебное примирение.

С одной стороны, увеличение вариантов МУС в гражданском процессе следует признать позитивным направлением развития законодательства. С другой стороны, рост степени свободы в принятии решения о МУС потребителями и врачами, которые не имеют юридического образования, сопряжен с трудностями выбора адекватного действия в конкретной ситуации. Для облегчения принятия решения в сложной правовой ситуации в последнее время за рубежом и в Российской Федерации используется концепция юридического дизайна (Legal Design).

Цель исследования — предложить для потребителей и врачей на основе юридического дизайна простое и наглядное изложение возможных МУС, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской услуги.

Материалы и методы

Материалом исследования служили:

- информация о концепции юридического дизайна [3];
- законодательные и подзаконные акты Российской Федерации, обеспечивающие правовую основу МУС между потребителями и исполнителями медицинских услуг [1, 2, 4—8].

Для достижения поставленной цели применены сравнительный метод, контент-анализ и синтез. Сравнительный метод использован для отбора различных источников права, в которых с помощью контент-анализа изучали нормы, связанные с темой исследования. Синтез проанализированной информации позволил наглядно представить все МУС в виде дизайнерской таблицы и предложить наиболее адекватный подход к урегулированию споров.

Результаты исследования

Юридический дизайн призван помочь потребителям (физическим лицам) и медицинским работникам лучше понимать и применять нормы права.

Для этого предлагается следующее оформление дизайнерской таблицы (ДТ; см. рисунок).

В столбце 1 ДТ ячейка 0 требует особого внимания, так как она обозначает возможные действия потребителя в связи с ненадлежащим оказанием медицинской услуги. Очевидно, что первый шаг в споре о ненадлежащем оказании медицинской услуги делает потребитель, поэтому при рассмотрении МУС акцент делается на его действия. Вместе с тем медицинские работники, будучи последовательно вовлеченными в спор о качестве медицинской услуги, также должны хорошо ориентироваться в возможных вариантах МУС.

Шесть из семи рассматриваемых ниже МУС можно подразделить следующим образом:

Досудебные (непосредственные переговоры с медицинской организацией, обращение в органы госу-

1	2	3	4	5	6	7	8	9
А	■	■	■	■	■	■	■	■
Б	Б	■	■	■	■	■	■	■
В	В	В	■	■	■	■	■	■
0	Г	Г	Г	Г	■	■	■	■
Д	Д	Д	Д	Д	■	■	■	■
Е	Е	Е	Е	Е	Е	■	■	■
Ж	Ж	Ж	Ж	Ж	Ж	Ж	Ж	Ж

ДТ механизма урегулирования споров МУС.

дарственной власти, содействие институтов гражданского общества).

Альтернативные (медиация, арбитраж — третейское разбирательство, судебное примирение).

Досудебные МУС могут быть использованы до обращения потребителя в суд. Альтернативные МУС включаются при намерении потребителя прибегнуть к судебной защите своих прав.

В столбце 2 ДТ представлены все возможные МУС, которые последовательно использует потребитель при ненадлежащем оказании услуги.

Ячейка А. Непосредственные переговоры с медицинской организацией. Принимая во внимание пп. «и» п. 17 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 [8], договор может содержать условия, определяемые по соглашению сторон. Положение о непосредственных переговорах может быть изложено в следующей редакции: «При возникновении между сторонами спора о качестве медицинских услуг они будут стремиться к его урегулированию путем непосредственных переговоров. В случае неэффективности непосредственных переговоров, стороны могут использовать иные механизмы урегулирования (разрешения) спора в соответствии с законодательством Российской Федерации».

Ячейка Б. Обращение в органы государственной власти. Речь идет об обращении потребителя в представительные и исполнительные органы власти разного уровня. Согласно ст. 2 Конституции РФ [4], человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина — обязанность государства.

Возможно, что в отдельных случаях граждане могут принять решение об обращении к Президенту РФ, в Правительство РФ, в Прокуратуру РФ, к Уполномоченному по правам человека в РФ (субъектах РФ). Однако, учитывая, что споры связаны с ненадлежащим оказанием платных медицинских услуг, большая часть жалоб может быть направлена в Ми-

нистерство здравоохранения РФ (субъекта РФ), в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения Росздравнадзор РФ, в отдельных случаях — в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Органы государственной власти на обращения и жалобы потребителя могут направить письма в адрес медицинских организаций, провести ведомственные проверки, иные контрольные и надзорные мероприятия, которые могут существенно повлиять на урегулирование соответствующего спора.

Ячейка В. Содействие институтов гражданского общества. В настоящее время возрастает роль общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья. Так, в соответствии с ч. 2 ст. 28 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [6] общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья могут принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья и решении вопросов, связанных с их нарушением.

Существенную роль в защите прав граждан могут оказать профессиональные медицинские ассоциации (союзы). В силу ч. 2 ст. 76 данного Федерального закона профессиональные некоммерческие организации могут принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья, в решении вопросов, связанных с их нарушением.

Руководствуясь ч. 4 ст. 79.1 указанного Федерального закона, Общественная палата РФ (субъектов РФ, муниципальных образований) призвана содействовать проведению независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, которая предусматривает оценку условий оказания услуг по таким общим критериям, как открытость и доступность информации о медицинской организации, комфортность условий предоставления медицинских услуг, в том числе время ожидания предоставления медицинской услуги; доброжелательность, вежливость работников медицинской организации, удовлетворенность условиями оказания услуг, а также доступность медицинских услуг для инвалидов (ч. 2 ст. 79.1).

Важную роль в урегулировании разногласий, связанных с качеством медицинских услуг, могут играть страховые организации.

Ячейка Г. Медиация. В ч. 1 ст. 7 Федерального закона от 27.07.2010 № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» [7] установлено, что применение процедуры медиации осуществляется на основании соглашения сторон. При этом договор должен быть заключен в письменной форме. По правилам ч. 5 ст. 12 медиативное соглашение, достигнутое сторонами в результате процедуры медиации, проведенной без передачи спора на рассмотрение суда или третейского суда, в случае его нотариального удостоверения имеет силу исполнительного документа. Деятельность медиатора может

осуществляться как на профессиональной, так и на непрофессиональной основе (ч. 1 ст. 15).

Ячейка Д. Арбитраж (третейское разбирательство). По соглашению сторон гражданско-правовых отношений они могут передавать споры в арбитраж (третейское разбирательство). На основании п. 2 ч. 1 ст. 2 Федерального закона от 29.12.2015 № 382-ФЗ «Об арбитраже (третейском разбирательстве) в Российской Федерации» [5] арбитраж (третейское разбирательство) — процесс разрешения спора третейским судом и принятия решения третейским судом (арбитражного решения). Если в ходе арбитража стороны урегулируют спор, третейский суд прекращает третейское разбирательство и по просьбе сторон принимает арбитражное решение на согласованных условиях (ч. 1 ст. 33).

Следует подчеркнуть, что к спору, который находится на разрешении в арбитраже, может быть применена процедура медиации. Медиативное соглашение, заключенное сторонами арбитража в письменной форме по результатам проведения процедуры медиации в отношении спора, который находится на разрешении в арбитраже, может быть утверждено третейским судом в качестве арбитражного решения на согласованных условиях по просьбе всех сторон арбитража (ч. 5 ст. 49).

Ячейка Е. Судебное примирение. Стороны вправе урегулировать спор путем проведения переговоров в целях примирения (ч. 1 ст. 153.4 ГПК РФ), а на основании ч. 1 ст. 153.6 ГПК РФ — путем использования примирительной процедуры с участием судебного примирителя (судебное примирение). Важно подчеркнуть, что судебным примирителем является судья в отставке. Это может служить гарантией высокой эффективности судебного примирения, результатом которого может быть мировое соглашение.

Ячейка Ж. Разрешение спора судом без использования иных МУС. В этом случае потребитель не обращается к механизмам досудебного и альтернативного урегулирования спора.

В 3—8 м столбцах ДТ черная ячейка демонстрирует отказ потребителя от определенных МУС, а в **9 м столбце ДТ** — от всех МУС. В каждом конкретном случае отказ от МУС может быть обусловлен разными факторами (отсутствие в тексте договора положений о МУС, нежелание потребителя использовать конкретный МУС или каким-либо образом оспаривать качество медицинской услуги).

Обсуждение

Представляется, что наиболее адекватным дизайном МУС между потребителем и исполнителем медицинской услуги является последовательное применение МУС (столбец 2 ДТ) при отсутствии желаемого результата на каждом из предыдущих этапов урегулирования спора. При этом вероятность использования конкретного МУС, отвечающего интересам сторон спора, можно представить в виде таблицы.

Из таблицы видно, что досудебные МУС составляют 60%, альтернативные МУС — 30% и только

Здоровье и общество

Вероятность использования конкретного МУС

МУС	Вероятность использования конкретного МУС, %
Непосредственные переговоры с медицинской организацией	25
Обращение в органы государственной власти	20
Содействие институтов гражданского общества	15
Медиация	10
Арбитраж (третейское разбирательство)	10
Судебное примирение	10
Разрешение спора судом	10

10% остаются на разрешение спора судом при неэффективности досудебных и альтернативных МУС. Особого внимания заслуживает проведение непосредственных переговоров потребителя с медицинской организацией, в ходе которых он может обсудить спорные моменты о качестве медицинских услуг с врачом (индивидуальным предпринимателем, осуществляющим медицинскую деятельность), с заведующим отделением, заместителем главного врача или главным врачом. Представляется, что непосредственные переговоры потребителя и исполнителя медицинской услуги — это наиболее адекватный МУС, в процессе которого открывается возможность всестороннего, полного и объективного рассмотрения медицинских, этических и юридических аспектов конкретной услуги. Важно заметить, что при осуществлении профессиональной деятельности медицинские работники руководствуются как биомедицинскими нормами, так и нормами морали и права.

Необходимо также обратить внимание на осуществление медиации на непрофессиональной основе. На кафедре медицинского права и биоэтики Самарского государственного медицинского университета на протяжении 15 лет функционирует медико-правовая клиника, которая содействует в разрешении вопросов, разногласий, споров и конфликтов пациентам и медицинским работникам. Опыт работы медико-правовой клиники свидетельствует о том, что подобные организационные структуры при кафедрах медицинских институтов (академий, университетов) могут быть одним из эффективных механизмов медиации на непрофессиональной основе.

Заключение

Юридический дизайн позволяет просто и наглядно представить потребителям и врачам возможные МУС, связанные с ненадлежащим оказанием медицинской услуги. Предпочтительным дизайном является последовательное применение всех досудебных и альтернативных МУС, а если они оказались неэффективными, то окончательное решение принимает суд. Урегулирование большинства (90%) споров с помощью досудебных и альтернативных МУС позволит в значительной степени сократить время урегулирования конфликтов, а также минимизировать неблагоприятные моральные и эконо-

мические последствия для потребителей и исполнителей медицинской услуги.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 26 июля 2019 г. № 197-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72230060/> (дата обращения 27.03.2020).
2. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации. Режим доступа: <https://base.garant.ru/12128809/> (дата обращения 27.03.2020).
3. Law by Design. Режим доступа: <http://www.lawbydesign.co/en/legal-design> (дата обращения 27.03.2020).
4. Конституция Российской Федерации. Режим доступа: <https://base.garant.ru/10103000/> (дата обращения 27.03.2020).
5. Федеральный закон от 29 декабря 2015 г. № 382-ФЗ «Об арбитраже (третейском разбирательстве) в Российской Федерации». Режим доступа: <https://base.garant.ru/71295378/> (дата обращения 27.03.2020).
6. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <https://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения 27.03.2020).
7. Федеральный закон от 27 июля 2010 г. № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)». Режим доступа: <https://base.garant.ru/12177508/> (дата обращения 27.03.2020).
8. Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». Режим доступа: <https://rg.ru/2012/10/10/meduslugi-dok.html> (дата обращения 27.03.2020).

Поступила 02.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Federal Law of July 26, 2019 No. 197-FL «On Amending Certain Legislative Acts of the Russian Federation» [*Federal'nyy zakon ot 26 iyulya 2019 g. № 197-FZ «O vnesenii izmeneniy v otdel'nyye zakonodatel'nyye akty Rossiyskoy Federatsii»*]. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72230060/> (accessed 27.03.2020) (in Russian).
2. Code of Civil Procedure of the Russian Federation [*Grazhdanskiy protsessual'nyy kodeks Rossiyskoy Federatsii*]. Available at: <https://base.garant.ru/12128809/> (accessed 27.03.2020) (in Russian).
3. Law by Design. Available at: <http://www.lawbydesign.co/en/legal-design> (accessed 27.03.2020) (in Russian).
4. Constitution of the Russian Federation [*Konstitutsiya Rossiyskoy Federatsii*]. Available at: <https://base.garant.ru/10103000/> (accessed 27.03.2020) (in Russian).
5. Federal Law of December 29, 2015 No. 382-FL «On Arbitration (arbitration proceedings) in the Russian Federation» [*Federal'nyy zakon ot 29 dekabrya 2015 g. № 382-FZ «Ob arbitrazhe (treteyskom razbiratel'stve) v Rossiyskoy Federatsii»*]. Available at: <https://base.garant.ru/71295378/> (accessed 27.03.2020) (in Russian).
6. Federal Law of November 21, 2011 No. 323-FL «On the Basics of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation» [*Federal'nyy zakon ot 21 noyabrya 2011 g. № 323-FZ «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii»*]. Available at: <https://base.garant.ru/12191967/> (accessed 27.03.2020) (in Russian).
7. Federal Law of July 27, 2010 No. 193-FL «On an Alternative Dispute Resolution Procedure with the Participation of a Mediator (Mediation Procedure)» [*Federal'nyy zakon ot 27 iyulya 2010 g. № 193-FZ «Ob al'ternativnoy protsedure uregulirovaniya spоров s uchastiyem posrednika (protsedure mediatsii)»*]. Available at: <https://base.garant.ru/12177508/> (accessed 27.03.2020) (in Russian).
8. Decree of the Government of the Russian Federation of October 4, 2012 No. 1006 «On approval of the Rules for the provision of paid medical services by medical organizations» [*Postanovleniye Pravitel'stva RF ot 4 oktyabrya 2012 g. № 1006 «Ob utverzhdenii Pravil predostavleniya meditsinskimi organizatsiyami platnykh meditsinskikh uslug»*]. Available at: <https://rg.ru/2012/10/10/meduslugi-dok.html> (accessed 27.03.2020) (in Russian).

© Танатова Д. К., Королев И. В., 2021

УДК 316.64

Танатова Д. К., Королев И. В.**ДИАГНОСТИКА ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ УНИВЕРСИТЕТА**

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

Для организации доступной среды, как правило, университеты используют формальный подход, ориентируясь на нормативные требования. Этот же подход с учетом только объективных показателей лежит в основе паспортизации доступной среды для инвалидов. Однако мнение тех, кому приходится пользоваться этой средой, не учитывается. В результате формально среда университета считается доступной, но на практике она имеет множество барьеров, которые создают реальные трудности студентам с инвалидностью.

Для повышения качества доступной среды необходимо сочетание объективных и субъективных показателей. Нужен анализ мнений сотрудников, преподавателей и студентов образовательного учреждения, которые реально используют возможности доступной среды.

В статье предложен метод диагностики доступности среды университета с конкретным набором индикаторов, позволяющий дать субъективную оценку доступности университетской среды. Метод диагностики апробирован на базе Российского государственного социального университета, являющегося флагманом инклюзивного образования. На основе полученных результатов авторы выявляют причины неудовлетворенности состоянием доступной среды сотрудников, преподавателей и студентов. Отмечено также, что для организации доступной среды университета в равной степени важны ее материальные и нематериальные компоненты. Однако в большинстве случаев приоритет по-прежнему отдается материальной стороне вопроса.

Ключевые слова: доступная среда; инвалидность; инклюзивная среда; университет; диагностика; университетская среда; студент с инвалидностью.

Для цитирования: Танатова Д. К., Королев И. В. Диагностика доступной среды университета. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):282—286. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-282-286>

Для корреспонденции: Танатова Дина Кабдуллиновна, д-р социол. наук, профессор, декан факультета социологии Российского государственного социального университета, e-mail: TanatovaDK@rgsu.net

Tanatova D. K., Korolev I. V.**THE DIAGNOSTIC OF ACCESSIBLE UNIVERSITY ENVIRONMENT**

The Russian State Social University, 129226, Moscow, Russia

The education institutions, ensuring implementation of the rights of the disabled to higher education, adapt their environment to their needs. The universities, to organize such an accessible environment, as a rule, apply formal approach, focusing on regulatory requirements. The certification of accessible environment for the disabled is based on the same approach, when only objective indicators are considered. The opinion of those ones who have to use this environment is not taken into account. As a result, the University environment is formally considered accessible, but in practice it has many barriers that create real difficulties for disabled students. To improve the quality of the available environment, a combination of objective and subjective indicators is necessary. We need to analyze the opinions of people: employees, teachers, and students of an educational institution who use the possibilities of an accessible environment. The article offers method to diagnose availability of the University environment using specific set of indices that allow to give subjective assessment of availability of the University environment. The diagnostic method was tested on the basis of the Russian state social University, which is the flagship of inclusive education. The results of the study permitted to identify the causes of dissatisfaction with the state of accessible environment by employees, teachers and students.

Keywords: accessible environment; disability; inclusive environment; University; diagnostics; university environment; student; the disabled.

For citation: Tanatova D. K., Korolev I. V. The diagnostic of accessible university environment. *Problemi socialnoi gigieni, zdavoookhraneniia i istorii meditsini*. 2021;29(2):282—286 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-282-286>

For correspondence: Tanatova D. K., doctor of sociological sciences, professor the Dean of the Faculty of Sociology of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Russian State Social University". e-mail: TanatovaDK@rgsu.net

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 22.07.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Прогрессивным достижением современного общества является исключение из социальной жизни дискриминационных практик. Это относится к любым видам дискриминации, в том числе к дискриминации по состоянию здоровья. Современное социальное государство создает или стремится дать

возможность каждому человеку реализовать свои гражданские и политические права.

Для людей, имеющих инвалидность, необходима среда равных возможностей, т. е. среда, условия которой позволяют инвалидам учиться, работать, вести полноценную жизнь. Это очень важно для значительной части граждан России: около 12 млн живущих в России зарегистрированы в качестве инва-

Здоровье и общество

лидов разных групп и нозологий [1], более 40 млн — маломобильные граждане¹, которые ожидают по отношению к себе толерантности и содействия в реализации имеющегося потенциала.

Одной из траекторий формирования среды равных возможностей является обеспечение условий для людей, имеющих инвалидность, полноценно учиться и принимать участие в различных активностях университета. В связи с этим нужна диагностика соответствия университетской среды возможностям их здоровья. При этом диагностика доступности среды университета должна иметь систематический характер и проводиться в режиме мониторинга.

Цель статьи заключается в обосновании метода диагностики доступной среды университета.

Материалы и методы

В настоящее время процедура диагностики доступности среды университета носит экспертный характер: оценку соответствия среды университета требованиям, предъявляемым к ней с точки зрения доступности для инвалидов, ставят эксперты. Экспертами составляется паспорт доступности объекта социальной инфраструктуры для инвалидов². Этот подход формализован и не учитывает мнение тех, кто этой средой пользуется (исключая членов экспертной комиссии — представителей университета). Главное условие, чтобы эти люди видели университетскую среду непосредственно изнутри и могли дать ей субъективную оценку.

Вместе с тем диагностика состояния доступности среды университета на основе субъективных оценок взаимодействующих людей должна давать возможность проследить динамику изменения доступности, например сравнивать в режиме мониторинга оценки доступности университетской среды, полученные в разные временные периоды. Для этого необходим особый методический подход количественного измерения. Диагностический метод, позволяющий получить количественные оценки доступности среды университета преподавателями, сотрудниками и студентами, — опрос, инструментарий которого содержит однотипные количественные дискретные или непрерывные шкалы.

Метод диагностики доступности университетской среды для людей, имеющих инвалидность, с помощью опроса был апробирован лабораторией социологического анализа Российского государственного социального университета (РГСУ). Опрашивались сотрудники, преподаватели и студенты РГСУ, которые оценили состояние доступности сре-

ды университета и то, насколько оно их устраивает (по 5-балльным дискретным шкалам).

Выборка составила 779 человек. Ошибка выборки не превысила 3%. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS.

Результаты исследования

Авторы определили, что доступная среда является частью социальной среды университета и ее состояние влияет на способность социальной среды удовлетворять материальные и социальные потребности сотрудников, преподавателей и студентов, т. е. влияет на качество социальной среды университета.

Авторами выделены компоненты доступной среды университета, которые необходимо диагностировать, — это материальные объекты университета и условия обучения, которые в нем созданы.

К материальным объектам относятся:

- вход в университетские здания и сооружения; индикатором доступности для инвалидов является оборудование входов пандусами или подъемными платформами;
- стоянки для автотранспортных средств, индикатор доступности — наличие выделенных стоянок для автотранспортных средств инвалидов;
- инфраструктура зданий и сооружений, обеспечивающих внутреннюю логистику (лифты, поручни, лестницы, распашные двери); индикатор доступности — наличие адаптированных под потребности инвалидов лифтов, поручней, лестниц, расширенных дверных проемов в аудиториях, туалетных комнатах;
- технические средства реабилитации для маломобильных людей; индикатор доступности — наличие сменных кресел-колясок.

К условиям обучения инвалидов, созданным в университете, относятся:

- информационно-коммуникационные условия, индикатор доступности — дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации;
- навигационные условия, индикатор доступности — дублирование надписей, знаков и иной текстовой и графической информации знаками, выполненными рельефно-точечным шрифтом Брайля;
- услуги специалистов по работе с инвалидами, индикатор доступности — возможность предоставления инвалидам по слуху (слуху и зрению) услуг сурдопереводчика (тифлосурдопереводчика);
- толерантное отношение работников университета к инвалидам, индикатор доступности — помощь, оказываемая работниками университета, при сопровождении инвалидов в помещениях университета и прилегающей к нему территории;
- доступность для инвалидов образовательных ресурсов университета, индикатор доступности

¹ Постановление Правительства РФ от 29.03.2019 № 363 (ред. от 28.12.2019) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_322085/ (дата обращения 25.09.2020).

² Методические рекомендации Минтруда России от 18.09.2012 «Методика паспортизации и классификации объектов и услуг с целью их объективной оценки для разработки мер, обеспечивающих их доступность». Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/0f70faac-1500961927.doc> (дата обращения 24.09.2020).

сти — обеспеченность обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и/или электронными образовательными ресурсами.

Эмпирическая проверка методики диагностики доступности среды университета для людей с инвалидностью проведена на площадке РГСУ — федерального университетского комплекса социальной направленности. В его стратегии одной из траекторий успеха заявлен рост доли инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в общем количестве обучающихся до 15% [2]. В нем создана доступная среда для людей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья. В учебных корпусах, в которых осуществляется образовательный процесс, лестницы и пандусы оборудованы поручнями, специальной контрастной окраской отмечены двери и лестницы, дверные проемы и коридоры имеют необходимую ширину, выделены места для парковки автотранспортных средств лиц с ОВЗ, лифты и санузлы адаптированы для маломобильных учащихся [3].

Респондентам исследования задавали вопрос, насколько в целом их устраивает организация доступной среды для людей с инвалидностью, предлагали оценить компоненты среды университета посредством ответа на вопросы-индикаторы об их состоянии. Для исключения искажения результатов оценку респонденты производили по однотипной 5-балльной шкале, где 1 — самая низкая, а 5 — самая высокая оценка.

Средняя оценка удовлетворенности доступной средой в РГСУ составила 3,79 балла, доступности материальных объектов — 3,89 балла, условий обучения инвалидов — 3,79 балла. Интегральная средняя оценка доступности среды для людей, имеющих инвалидность, составила 3,84 балла.

Усилия, предпринимаемые университетом по созданию условий для обучения инвалидов, конвертируются в удовлетворенность сотрудников, преподавателей и студентов организацией доступной среды. Организация университетом доступной среды для людей с инвалидностью полностью устраивает 27% сотрудников, преподавателей и студентов образовательного учреждения, устраивает в большей части — 36%. Организация доступной среды скорее не устраивает 9%, не устраивает полностью 1% респондентов. Однако сотрудники, преподаватели и студенты замечают отдельные недоработки: 26% опрошенных некоторые компоненты доступной среды считают недостаточно хорошо организованными.

Негативные оценки организации РГСУ доступной среды для людей с инвалидностью сместили среднюю оценку ниже оценки «хорошо», тем не менее эта средняя оценка значительно выше оценки «удовлетворительно».

По мнению респондентов, доступность объектов материальной инфраструктуры университета для людей, имеющих инвалидность, чуть выше, чем доступность условий для их обучения (3,89 против 3,79 среднего балла соответственно). Индикатор

«обеспеченность обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и/или электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья» имеет наиболее низкую среднюю оценку среди всех остальных (3,64 балла).

Наиболее близко к оценке «хорошо», по мнению респондентов, в РГСУ организовано устройство выделенных стоянок для автотранспортных средств инвалидов (средняя оценка 3,97 балла) и оборудование входов в здания и сооружения пандусами/подъемными платформами (3,95 балла). Близко к оценке «хорошо» организовано дублирование надписей знаков и иной текстовой и графической информации шрифтом Брайля (средняя оценка 3,87).

Прочие индикаторы доступности среды РГСУ для людей, имеющих инвалидность, находятся примерно на одном уровне, располагаясь возле средней оценки 3,80:

- «наличие адаптированных под потребности инвалидов лифтов, поручней, расширенных дверных проемов» — 3,82 балла;
- «помощь, оказываемая работниками, в сопровождении инвалидов в помещениях университета и прилегающей к нему территории» — 3,82 балла;
- «возможность предоставления инвалидам по слуху (слуху и зрению) услуг сурдопереводчика (тифлосурдопереводчика)» — 3,80 балла;
- «дублирование для инвалидов по слуху и зрению звуковой и зрительной информации» — 3,80;
- «наличие сменных кресел-колясок» — 3,79 балла.

Если подвергнуть анализу не средние, а абсолютные оценки организации в РГСУ доступной среды для инвалидов, данные сотрудниками, преподавателями и студентами университета, то можно заметить, что наибольшая доля критических высказываний приходится на индикатор, «помощь, оказываемая работниками РГСУ, по сопровождению инвалидов в помещениях университета и прилегающей к нему территории». По мнению 16% респондентов, работники оказывают сопроводительную помощь инвалидам плохо или очень плохо (интегральная отрицательная оценка).

Большая доля нейтральных оценок (31%) обеспеченности обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и/или электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья, свидетельствует о сложности данного индикатора. Респонденты сомневаются в том, что обучающиеся, нуждающиеся в адаптированных образовательных ресурсах, обеспечены ими в должной мере. Относительно высокая доля респондентов (13%) склоняется к тому, что обеспечение такими образовательными ресурсами в РГСУ организовано плохо.

Обобщая результаты проведенного исследования состояния доступности среды РГСУ для инвалидов, можно сделать вывод, что, по мнению субъ-

Здоровье и общество

ектов, погруженных в эту среду (сотрудников, преподавателей, студентов), университет обеспечивает своим студентам, имеющим инвалидность, возможность получить полноценное образование, проявлять различные активности. Среда РГСУ хорошо организована для обучения людей, имеющих особые потребности. Вместе с тем преподавателям и сотрудникам университета требуется более внимательно относиться к проблемам обучающихся, имеющих инвалидность, оказывать им необходимую помощь в аудиториях, на территории кампуса и на территории, прилегающей к университету. Кроме того, университету следует провести анализ обеспеченности обучающихся инвалидов адаптированными печатными и электронными образовательными ресурсами.

Обсуждение

В современном обществе успех человека в значительной мере определяется тем образовательным багажом, который ему удалось создать. Обучение в университете позволяет накопить значительный запас знаний и умений, получить востребованную профессию, развить коммуникативные способности, творческое мышление, лидерские качества. Но некоторым социальным группам необходима адаптация в среде университета под их особые потребности. В первую очередь это касается людей, имеющих инвалидность. Такую среду необходимо не только создавать, но и постоянно совершенствовать, адаптировать под различные нозологии.

Как подчеркивает А. Е. Худоренко, «образование лиц с ограниченными возможностями здоровья дает шанс включиться в трудовую деятельность, быть социально значимыми гражданами, обеспечить свое благосостояние, духовный и творческий рост» [4].

Следует согласиться с Т. А. Михайловой, которая считает, что «быть востребованным на рынке труда молодой человек с ограниченными возможностями здоровья может, если только обладает высоким уровнем профессиональных и личностных качеств, и достаточно высокими теоретическими знаниями, и практическими умениями, полученными в профессиональных образовательных учреждениях» [5]. Кроме того, профессиональная подготовка, полученная инвалидом в образовательном учреждении, и последующее трудоустройство решают проблему социального иждивенчества. Человек получает возможность вести самостоятельную, экономически независимую жизнь. По мнению И. В. Мкртумовой, «обучение и последующее трудоустройство позволит инвалидам реализовывать концепцию независимой жизни, обеспечит им самостоятельный заработок и не только снимет с государства необходимость постоянных затрат по социальной помощи, но и станет экономически выгодным» [6].

Однако концепция обеспечения безбарьерного доступа инвалидов к обучению в образовательных организациях высшего профессионального образо-

вания требует от образовательных организаций создания доступной среды, т. е. придания зданиям, помещениям, местам пользования свойствами, обеспечивающих возможность беспрепятственно воспользоваться услугой лицам с нарушением функций жизнедеятельности и без них [7].

Заключение

Проведенная диагностика доступности среды РГСУ показала, что сотрудники, преподаватели оценивают доступность университетской среды для инвалидов очень близко к оценке «хорошо». Подавляющее большинство членов университетского коллектива устраивает то, как университет организует доступную среду для людей, имеющих инвалидность. Но условия получения инвалидами образования организованы несколько хуже, чем материальные компоненты доступной среды (доступность зданий, сооружений, парковок, лифтов, поручней, дверных проемов). Следует обратить внимание на обеспеченность обучающихся инвалидов адаптированными печатными и электронными образовательными ресурсами, а также на готовность преподавателей университета оказывать им необходимую помощь.

Практическая значимость результатов исследования заключается, в первую очередь, в возможности применения разработанного авторами метода диагностики доступности среды университета для аналогичных исследований в современных университетах. Он включает социологический инструментарий в формате мониторинга доступности среды университета на основе разработанных показателей и индикаторов оценки удовлетворенности сотрудников, студентов и партнеров организацией доступности университетской среды.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Пенсионный Фонд РФ. Сведения из федерального реестра инвалидов. Режим доступа: <http://www.pfrf.ru/opendata/7706016118-fgisfri/data-20200810T153759-structure-20171110T150615.csv> (дата обращения 01.10.2020).
2. РГСУ. Стратегия развития 2020—2025. Режим доступа: <https://rgsu.net/about/programma-razvitiya-rgsu-i-strategiya-rgsu/> (дата обращения 03.10.2020).
3. Ресурсный учебно-методический центр. По обучению инвалидов и лиц с ОВЗ. Доступная среда. Режим доступа: <https://rumc.rgsu.net/rumts/dostupnaya-sreda/> (дата обращения 02.10.2020).
4. Худоренко Е. Лица с ограниченными возможностями здоровья. Проблемы образования и инклюзии. *Социологические исследования*. 2010;(9):65—70.
5. Михайлова Т. Современные проблемы социально-педагогического сопровождения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. *Казанский педагогический журнал*. 2016;(5):135—9.
6. Мкртумова И. Профессиональное обучение инвалида как позитивная девиация: особенности социального управления. *Уровень жизни населения регионов России*. 2009;(3):43—9.
7. Андрухина Ю. Формирование доступной среды университета для незрячих обучающихся. *Актуальные вопросы образования*. 2019;(3):12—4.

REFERENCES

1. Pension Fund of the Russian Federation. Information from the federal register of disabled people [*Pensionnyy Fond RF. Svedeniya iz federal'nogo reyestra invalidov*]. Available at: <http://www.pfrf.ru/opendata/7706016118-fgisfri/data-20200810T153759-structure-20171110T150615.csv> (accessed 1.10.2020) (in Russian).
2. RSSU. Development strategy 2020—2025 [RGSU. Strategiya razvitiya 2020—2025]. Available at: <https://rgsu.net/about/programma-razvitiya-rgsu-i-strategiya-rgsu/> (accessed 03.10.2020) (in Russian).
3. Resource training and methodological center. Training of disabled people and people with disabilities [*Resursnyy uchebno-metodicheskiy tsentr. Po obucheniyu invalidov i lits s OVZ. Dostupnaya sreda*]. Available at: <https://rumc.rgsu.net/rumts/dostupnaya-sreda/> (accessed 02.10.2020) (in Russian).
4. Khudorenko E. Persons with disabilities. Education and inclusion issues. *Sociologicheskie issledovaniya*. 2010;(9):65—70 (in Russian).
5. Mixajlova T. Modern problems of social and pedagogical support of students with disabilities. *Kazanskij pedagogicheskij zhurnal*. 2016;(5):135—9 (in Russian).
6. Mkrtumova I. Professional training of a disabled person as a positive deviation: features of social management. *Uroven' zhizni naseleniya regionov Rossii*. 2009;(3):43—9 (in Russian).
7. Andryuxina Yu. Formation of an accessible university environment for blind students. *Aktual'ny'e voprosy' obrazovaniya*. 2019;(3):12—4 (in Russian).

Вдовина М. В., Семочкина Н. Н.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ С РЕБЕНКОМ-ИНВАЛИДОМ В ПЕРИОД РАННЕГО ДЕТСТВА И В ШКОЛЬНЫЕ ГОДЫ

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

Целью исследования явился сравнительный анализ социального здоровья семей с детьми-инвалидами раннего и школьного возрастов. Под социальным здоровьем семьи с ребенком-инвалидом понимается удовлетворенность членов семьи положением в социуме, своими возможностями социального функционирования, самореализации и взаимодействия с социальными институтами, обеспечивающими их социальную безопасность и поддержку, доступность социальной среды и медико-социальных услуг. Используются результаты социологических опросов родителей, проведенных авторами в 2017 и 2020 гг. Акцент сделан на особенностях функционирования семей в зависимости от возраста ребенка-инвалида. Показаны проблемы социального здоровья семей с детьми-инвалидами раннего возраста и семей, чьи дети с инвалидностью достигли школьных лет, а также некоторые ресурсы их решения. Рассмотрены изменения социального положения и жизненных стратегий родителей. Раскрыта динамика медико-социальных и сопутствующих им проблем семьи в зависимости от возраста «особенного» ребенка. Выявлены проблемы недостаточной доступности социальной среды и медико-социальных услуг. Определена потребность семей с детьми-инвалидами в ранней помощи и комплексной поддержке со стороны государства на уровне межведомственного взаимодействия. Установлены основные направления такой поддержки в зависимости от жизненной ситуации родителей и их ожиданий, состояния здоровья и степени инвалидизации ребенка. Выделена необходимость создания комплексных центров поддержки семей с детьми-инвалидами и/или системы персонального кураторства таких семей с привлечением волонтеров. Определены основные функциональные обязанности персональных кураторов. Разработаны практические рекомендации по совершенствованию системы комплексной поддержки семей с детьми-инвалидами.

Ключевые слова: социальное здоровье; ребенок-инвалид; семья; медико-социальные проблемы; ранняя помощь.

Для цитирования: Вдовина М. В., Семочкина Н. Н. Социальное здоровье семьи с ребенком-инвалидом в период раннего детства и в школьные годы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):287—292. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-287-292>

Для корреспонденции: Вдовина Маргарита Владимировна, д-р социол. наук, профессор факультета социологии Российского государственного социального университета, antigon1922@yandex.ru

Vdovina M. V., Semochkina N. N.

THE SOCIAL HEALTH OF FAMILY WITH DISABLED CHILD DURING PERIOD OF EARLY CHILDHOOD AND SCHOOL YEARS

Russian State Social University, 129226, Moscow, Russia

The purpose of the study is to compare social health of families with disabled children of early childhood and school age. The social health of family with disabled child is defined as satisfaction of family members with their position in society, their opportunities for social functioning, self-realization and interaction with social institutions that ensure their social security and support, accessibility of social environment and medical and social services. The results of original sociological surveys of parents implemented in 2017 and 2020 were applied. The emphasis is made on the peculiarities of functioning of families depending on the age of disabled child. The article demonstrates the problems of social health of families with disabled children of early childhood and families whose disabled children reached school years. The particular resources for solving these problems are discussed. The changes in social status and life strategies of parents are considered. The dynamics of medical social and other related family problems depending on the age of the «special» child is discussed. The problems of insufficient accessibility of social environment and medical and social services are revealed. The need of families with disabled children in early assistance and comprehensive support from the state services at the level of interdepartmental interaction is determined. The main directions of such support are established depending on life situation of parents and their expectations, the state of health and the degree of disability of the child. The article highlights the need to organize comprehensive support centers for families with disabled children and/or a system of personal supervision of such families involving volunteers. The main functional responsibilities of personal supervisors are defined. The practical recommendations are developed to improve the system of comprehensive support for families with disabled children.

Keywords: social health; disabled child; family; medical and social problems; early care.

For citation: Vdovina M. V., Semochkina N. N. The social health of family with disabled child during period of early childhood and school years. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):287—292 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-287-292>

For correspondence: Vdovina M. V., doctor of sociological sciences, professor of the Faculty of Sociology of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian State Social University”. e-mail: antigon1922@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 11.07.2020
Accepted 29.10.2020

Введение

Проблема охраны здоровья, начиная с раннего детства, находится в фокусе внимания мирового со-

общества [1]. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 15% населения мира имеют ту или иную форму инвалидности,

вследствие чего могут быть более уязвимыми. ВОЗ рекомендует проводить больше исследований в области потребностей, препятствий и результатов в отношении здоровья инвалидов [2].

В 2016 г. российское правительство заострило внимание на проблеме инвалидизации детей раннего возраста. Распоряжением Правительства РФ от 31.08.2016 № 1839-р была утверждена Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 г.¹

Проблемы, связанные с врожденными аномалиями, заболеваниями младенцев, приводящими к инвалидизации детей, всегда рассматриваются как одни из наиболее существенных. Вместе с тем вопросы, связанные с минимизацией рисков задержки развития ребенка, социально-экономические аспекты улучшения качества его жизни, задачи содействия семье в его социализации остаются исследованными недостаточно.

В течение 1980—2014 гг. доля детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности, выросла в 4,2 раза [3]. Согласно официальной статистике, число детей с инвалидностью с 2010 по 2018 г. выросло на 18,5% [4].

Проблемы семей с детьми-инвалидами находятся на пересечении различных отраслей знания — медицины, социологии семьи и детства, образования и др. [5—7].

Согласно определению ВОЗ, здоровье рассматривается как единство состояний физического, психического и социального благополучия [8]. Отечественными авторами социальное здоровье анализируется как система взаимодействия социальных субъектов, раскрывается содержание социального здоровья через понятия «социальное благополучие», «социальное самочувствие», «социальная безопасность» [9], «профилактика социальных болезней» [10], социальные связи и отношения, обеспечивающие разнообразную поддержку человеку, оказывающие на него позитивное социально-регулирующее и мобилизующее воздействие [11].

На наш взгляд, под социальным здоровьем семьи с ребенком-инвалидом можно понимать удовлетворенность членов семьи положением в социуме, своими возможностями социального функционирования, самореализации и взаимодействия с социальными институтами, обеспечивающими их социальную безопасность и поддержку, доступность социальной среды и медико-социальных услуг.

Российскими и зарубежными специалистами обсуждаются различные подходы к медико-социальным трудностям семей с детьми-инвалидами и отмечается проблема доминирования детоцентрированного подхода (сосредоточенного на оказании помощи ребенку, но не его семье) в ущерб подходу се-

мьецентрированному (в рамках которого анализируются сам ребенок и его семья). Семья с ребенком-инвалидом рассматривается в рамках системного, структурно-функционального, социально-экологического подходов, а также символического интеракционизма. Семьецентрированный подход, как справедливо отмечают его сторонники, позволяет поддерживать и сохранить семью ребенка-инвалида как наиболее благоприятную среду для его социализации [12—14].

В то же время недостаточно опубликовано результатов социологических опросов самих родителей, имеющих детей-инвалидов, недостаточно раскрыто их видение возможностей стабилизации социального здоровья семьи, шансов на социальную адаптацию и удовлетворение потребностей во внешних источниках содействия, сравнительного анализа семей, получивших раннюю помощь и лишенных таковой. Очевидно, что без учета взглядов родителей социальное здоровье семьи объективно оценивать сложно. Эти и другие противоречия послужили предпосылкой к проведению данного социологического исследования.

Материалы и методы

Основными методами исследования выступили методы количественного и качественного анализа, комплексного и сравнительного анализа, социологического опроса, наблюдения, анализа официальных документов. Информационной базой послужили зарубежные и отечественные научные публикации по проблемам детей-инвалидов и их семей, международные, правительственные и статистические документы, данные вторичных эмпирических исследований, результаты первичных социологических исследований, проведенных методами анкетного опроса, глубинного интервью и включенного наблюдения. Анкетный опрос был осуществлен в Москве в 2017 г. Опрошено 56 родителей, имеющих детей с особенностями развития в возрасте до 3 лет и получивших раннюю помощь на базе центра медико-социальной реабилитации (руководитель исследования М. В. Вдовина) [15]. В 2020 г. для сравнительного анализа методом глубинного интервью Н. Н. Семочкиной по инструментарию, разработанному М. В. Вдовиной, было опрошено 10 родителей из Москвы и Подмосковья, имеющих детей-инвалидов в возрасте от 6 до 18 лет, не получивших раннюю помощь ввиду отсутствия таковой в период их раннего детства. Также использованы данные включенного наблюдения в 2009—2020 гг.

Результаты исследования

В опросе, проведенном в 2020 г., приняли участие 10 матерей в возрасте 28—48 лет: менее 30 лет — 1 респондент, от 30 до 39 лет — 5 и от 40 до 48 лет — 4.

У респондентов в основном высокий уровень образования. Только двое не имели профессионального образования, шесть отметили наличие высшего образования (экономического, психологического,

¹ Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года: утверждена Распоряжением Правительства РФ от 31.08.2016 № 1839-р. Режим доступа: <http://static.government.ru/media/files/7NZ6EKa6SOcLcCCQbyMRXHsdcmR9lki.pdf> (дата обращения 05.10.2020).

Здоровье и общество

технического, юридического), одна мама имеет среднее медицинское образование и одна не ответила на вопрос. По мнению родителей, образование помогает им лучше справляться с серьезными задачами реабилитации.

Половина опрошенных респондентов работают полный или неполный рабочий день, трое не работают, двое находятся в отпуске по уходу за ребенком. При этом 5 матерей из 6, имеющих высшее образование, отметили невозможность самореализации и трудоустройства на высокооплачиваемую работу в связи с необходимостью осуществления ухода за ребенком-инвалидом.

В основном дети в этих семьях имеют тяжелую форму детского церебрального паралича (ДЦП), отставание в физическом и психомоторном развитии. Они не способны самостоятельно ходить, не имеют навыков самообслуживания.

До рождения ребенка большинство опрошенных матерей обладали необходимыми возможностями для самореализации. Однако появление в семье ребенка-инвалида значительным образом эти возможности сократило.

Из опрошенных 8 матерей находятся в браке, две — в разводе. Они отмечают, что после развода отцы детей-инвалидов самоустраиваются от решения проблем, связанных с лечением и уходом за ребенком, вплоть до неуплаты алиментов.

Из 10 респонденток только три имеют одного ребенка. Двое из них разведены, после брака у обеих на иждивении остались дети с тяжелой формой ДЦП. Повторно в брак вступить не удалось из-за отсутствия времени на личную жизнь.

Одна мама отметила, что во втором браке были рождены еще два ребенка. Они смогут осуществлять уход за братом-инвалидом, когда повзрослеют, а мама состарится.

Состоящие в браке женщины, как правило, рожают более одного ребенка. Среди опрошенных из полных семей три мамы воспитывают троих, четыре — двоих детей и лишь одна — одного ребенка. На репродуктивные установки обоих родителей наличие ребенка-инвалида обычно существенно не влияет.

Половина опрошенных оценивают свой доход как средний. Однако этих средств не хватает на дорогостоящие лекарства, платную реабилитацию, оплату специалистов, готовых приходить на дом (ЛФК, массаж, медицинские процедуры, обследования), а также на обеспечение ребенка необходимыми техническими средствами реабилитации, осуществление ежегодного семейного отдыха. Вторая половина опрошенных оценили свой уровень дохода как ниже среднего, низкий и крайне низкий.

Если рассматривать круг проблем, с которыми сталкиваются семьи с ребенком-инвалидом, то можно отметить, что с взрослением ребенка он претерпевает изменения.

Так, когда ребенок был в раннем возрасте, все респонденты отметили, что нуждались в материальной помощи, 9 — в медицинской помощи и реабили-

литации, 6 указали на необходимость психологической и информационной поддержки.

По мере роста и взросления ребенка-инвалида неизменными остаются две проблемы: нехватки материальных средств ($n=8$) и необходимость медицинской помощи и реабилитации ($n=7$). В то же время половина опрошенных начинают сталкиваться с бытовыми проблемами (трудности в ведении домашнего хозяйства, уходе за другими больными в семье, прогулках для многодетных семей). В период же раннего детства такая проблема наблюдалась только у двух респондентов. Половина респондентов подчеркнули потребность в постоянной реабилитации на дому; также отметили необходимость в помощи сопровождающих для транспортировки детей в медицинские и реабилитационные центры.

У подавляющего большинства опрошенных дети имеют тяжелые нарушения в развитии, у двух детей установлены трахеостомы, требующие постоянной гигиенической обработки и санации. В условиях мегаполиса, когда поездка до больницы может занимать до 3 ч, самостоятельная транспортировка подростка даже при наличии собственного автомобиля становится труднейшей задачей.

Среди других проблем 8 респонденток выделили невозможность найти нужного специалиста и равнодушие чиновников, 6 указали на то, что им не с кем оставить ребенка, половина отметили нехватку сил и времени для ухода за ним.

Респонденты жалуются на эмоциональное выгорание, вследствие чего постепенно перестают обращаться и не хотят каждый раз для разных инстанций писать или пересказывать анамнез ребенка и историю их жизни с момента его рождения, чтобы не переживать свою боль заново.

Но самая главная проблема, как считают респонденты, это то, что время, затраченное на безрезультатное общение с чиновниками, они не смогли потратить на ребенка и его последовательное лечение.

Среди основных ресурсов, которыми обладают семьи с детьми-инвалидами, главным является наличие собственного транспорта (9 респондентов). На втором месте находится четкое распределение обязанностей между членами семьи, это отметили половина респондентов. В четырех случаях семьям помогают с уходом родственники. И только три семьи имеют возможность воспользоваться помощью соседей, знакомых.

Родители в основном рассчитывают на свои силы и ближайших родственников — бабушек и дедушек.

Вместе с тем наблюдается высокая активность родителей по обращаемости в различные организации. Большинство из опрошенных обращались: в поликлинику ($n=9$), к специалистам частной практики ($n=8$), в реабилитационные центры ($n=7$), в центры социального обслуживания ($n=6$), в центры социальной помощи семье и детям ($n=5$).

Однако оценка реальной помощи существенно различается. Только половина из опрошенных получили необходимую помощь в поликлинике, чуть

менее половины — в реабилитационных центрах и центрах социального обслуживания. Лишь трое оценили как значимую помощь специалистов частной практики и центров социальной помощи семьи и детям.

Почти все опрошенные выразили готовность пройти обучение в Школе для семьи с ребенком-инвалидом, но у половины респондентов нет на это времени. Поэтому они видят перспективы в обучении в рамках дистанционного формата.

Среди наиболее интересных для родителей тем отмечаются «Организация быта и досуга семьи с «особым» ребенком (7 опрошенных), 5 респондентов волнуют темы «Психологическое сопровождение семьи», «Социальная защита семьи и детей в г. Москве (учреждения, услуги)», «Развивающие занятия с детьми с ограниченными возможностями здоровья».

Все опрошенные единодушно высказались в пользу необходимости закрепления за семьей с ребенком-инвалидом персонального куратора. Родители видят основные его функции в содействии в получении медицинской, психологической, юридической, педагогической, социальной помощи (по показаниям), содействии в социализации детей, их развитии, общении со сверстниками, информировании семьи, психологической поддержке, помощи в быту (посидеть, погулять с ребенком, сходить с ним к врачу, сопроводить в больницу, сходить в аптеку), содействии в заботе о других нуждающихся членах семьи — пожилых, инвалидах, маленьких детях.

Обсуждение

Для углубления анализа мы сопоставили полученные данные с результатами упомянутого анкетного опроса 56 родителей детей-инвалидов раннего возраста, проведенного в 2017 г. [15].

Социальный портрет опрошенных родителей в рамках двух опросов 2017 и 2020 гг. имеет сходства и различия. Так, большинство респондентов обоих исследований состоит в браке. В разводе находится только $\frac{1}{5}$ часть опрошенных. Стереотипного мнения о том, что отец уходит из семьи с ребенком-инвалидом, данные наших исследований не подтверждают.

Сходство заключается в том, что $\frac{2}{3}$ опрошенных имеют высшее образование, а также в том, что более половины семей оценивают уровень дохода как средний.

Различие состоит в том, что у большинства опрошенных родителей детей-инвалидов старшего возраста в семье два и более детей. В группе опрошенных в 2017 г. более чем у половины один ребенок в семье. И только у 16% семей три ребенка и более, в то время как в группе исследуемых в 2020 г. каждый третий имеет троих детей.

Большая часть родителей из группы респондентов 2020 г. работают, в то время как родители с детьми раннего возраста в основном находятся в отпуске по уходу за ребенком, в декретном отпуске либо вообще не работают (62%), т. е. располагают до-

полнительными ресурсами времени и сил для осуществления ранней помощи.

Сравнительный анализ материалов этих исследований показывает, что с возрастом ребенка остается ряд острых проблем перед семьей, например сложности с поиском нужного специалиста, равнодушие чиновников. У родителей более старших детей вопрос нехватки знаний и опыта для ухода за ребенком уже не находится в числе первоочередных, в то время как для молодых родителей такая проблема существует почти у половины.

Оба исследования подтверждают низкую социальную «отзывчивость» окружающих к проблемам семьи с «особым» ребенком. На вопрос о наличии ресурсов для оказания помощи самая низкая доля ответов — «помощь знакомых и соседей». В исследовании 2017 г. наличие социальных и медицинских учреждений для реабилитации как ресурс помощи семье отметили лишь 14%, а в исследовании 2020 г. ни один респондент не выбрал этот ответ.

Стоит отметить, что до достижения ребенком 3 лет большая часть родителей обращались в реабилитационные центры (почти 80% от числа опрошенных в 2017 г.). Интервью родителей подростков в 2020 г. показывает, что вектор обращаемости смещается в сторону поликлиник по месту жительства. И это вполне объяснимо. Основной реабилитационный потенциал ребенка может быть раскрыт до 3 лет, далее следует постепенный переход на поддерживающие процедуры (в том числе лекарственными препаратами, выписываемыми врачами поликлиник).

Оба опроса также показывают активное обращение к специалистам частной практики. Это объясняется тем, что к таким специалистам проще и быстрее попасть, а для ребенка в период раннего детства главное — не упустить время. Поэтому многие родители обращаются к самым разнообразным практикам. Порой на фоне такого спроса растут и предложения «псевдоспециалистов».

Вместе с тем респонденты, опрошенные в 2017 г., отметили довольно высокую оценку результатов помощи специалистов частной практики (58%). Респонденты, опрошенные в 2020 г., более сдержанны в позитивных оценках. Вероятно, это связано с большим опытом взаимодействия с различными специалистами.

Незначителен или отсутствует опыт оказания помощи нашим респондентам в общественных организациях и управе района.

Практически в равной степени положительно участники опросов отнеслись к возможности закрепления персонального куратора-профессионала с наделением его широким спектром функциональных обязанностей.

Также респонденты высказывались в целом положительно о создании сообщества семей с детьми-инвалидами и добровольных помощников. Было предложено сформировать группу в социальных сетях для решения разовых задач. Группа должна существовать под эгидой государственного учрежде-

Здоровье и общество

ния и обеспечивать легитимное участие как родителей, так и волонтеров. Можно рекомендовать в условиях развития цифрового общества [16] практиковать различные формы дистанционного взаимодействия родителей со специалистами и с добровольцами, информирование, консультирование, обучение с помощью цифровых технологий.

Результаты обоих опросов подтверждают позицию отечественных ученых о том, что профилактика инвалидности выступает ведущим приоритетом охраны здоровья матери и ребенка [17].

Заключение

Проведенный анализ позволил выявить ряд проблем, негативным образом влияющих на социальное здоровье семей с детьми-инвалидами. Эти проблемы связаны как с оказанием медицинской помощи детям-инвалидам, так и с социальной поддержкой семьи.

Социальное здоровье семей с детьми-инвалидами требует особого внимания и в целом иного подхода, нежели существующий. Необходимо создать комплексные центры поддержки семей с детьми-инвалидами, обеспечивающие родителям шансы на самореализацию, возможности благополучно социальное функционировать.

Представляется, что детские лечебные учреждения при постановке сложных диагнозов с рисками инвалидизации ребенка должны своевременно информировать такие центры, которые обязаны предоставлять персонального куратора, консультирующего в том, как надо действовать в сложившейся ситуации, и оказывающего необходимое содействие. Комплексные центры должны также заниматься подбором волонтеров для каждой конкретной семьи с целью помощи в быту, обеспечивать комплексное медико-социальное сопровождение.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region. World Health Organization (2020). Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332068/WHO-EURO-2020-504-40239-53897-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (дата обращения 8.10.2020).
2. Инвалидность и здоровье (2018). Всемирная организация здравоохранения. Официальный сайт. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> (дата обращения 08.10.2020).
3. Улумбекова Г. Э., Калашникова А. В., Мокляченко А. В. Демографические показатели детей и подростков. Показатели здоровья детей и подростков в России. *Вестник ВШОУЗ*. 2016;(3). Режим доступа: <https://www.vshouz.ru/journal/2016-god/pokazateli-zdorovya-detey-i-podrostkov-v-rossii/> (дата обращения: 05.10.2020).
4. Распределение численности детей-инвалидов в возрасте 0—17 лет по заболеваниям, обусловившим возникновение инвалидности. Статистический сборник «Здравоохранение в России-2019». Часть 2. «Инвалидность населения» (2019). Режим доступа: <https://resursor.ru/statisticheskij-sbornik-zdravooxranenie-v-rossii-2019-polnaya-versiya/2-invalidnost-naseleniya/#1585766954472-99fae71a-0d97> (дата обращения 05.10.2020).
5. Макарова Е. В., Крысанов И. С., Васильева Т. П., Александрова О. Ю., Малахова А. Р. Способы оценки качества жизни у де-

- тей с орфанными заболеваниями. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(S):778—84.
6. Шабунова А. А., Кондакова Н. А. Условия жизни семей с новорожденными детьми и факторы формирования здоровья в детстве. *Социологические исследования*. 2017;(3):106—14.
7. Кулагина Е. В. Образование детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями: тенденции и критерии регулирования. *Социологические исследования*. 2015;(9):94—101.
8. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья ВОЗ (2008: 34). Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789244563700_rus.pdf;jsessionid=05643149B549601378F365058E01260F?sequence=5 (дата обращения 09.10.2020).
9. Гафиатулина Н. Х., Косинов С. С., Любецкий Н. П. Управление процессом формирования социального здоровья российской студенческой молодежи: социальные технологии управления. *Государственное и муниципальное управление. Ученые записки*. 2018;(3). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-protsessom-formirovaniya-sotsialnogo-zdorovya-rossiyskoy-studencheskoy-molodezhi-sotsialnye-tehnologii-upravleniya/viewer> (дата обращения 08.10.2020).
10. Юдина Т. Н. Социальное здоровье и профилактика социальных болезней. В кн.: Гигиена культуры: теория, методология, практики. М.: Изд-во РГСУ; 2019. С. 179—99.
11. Колпина Л. В. Социальное здоровье: определение и механизмы влияния на общее здоровье: обзор литературы. *Синергия*. 2017. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnoe-zdorovie-opredelenie-i-mehanizmy-vliyanija-na-obschee-zdorovie-obzor-literatury> (дата обращения 08.10.2020).
12. Разенкова Ю. А. Об идеологических противоречиях в отечественной практике ранней помощи. *Воспитание и обучение детей с нарушениями развития*. 2017;(4):3—8.
13. Полякова Н. А. Становление службы ранней помощи Областного центра. *Воспитание и обучение детей с нарушениями развития*. 2017;(1):16—21.
14. Селигман М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети. М.: Тервинф; 2018.
15. Вдовина М. В., Мозговая Т. М. Семья с ребенком-инвалидом: ресурсы ранней помощи (опыт социологического исследования). *Теория и практика общественного развития*. 2018;9(127):11—7.
16. Танатова Д. К. Человек в современном цифровом обществе. В кн.: Гигиена культуры: теория, методология, практики. М.: Изд-во РГСУ; 2019. С. 161—78.
17. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Альбицкий В. Ю., Терлецкая Р. Н. Профилактика инвалидности — ведущий приоритет охраны здоровья матери и ребенка. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(3):216—21.

Поступила 11.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Framework on Early Childhood Development in the WHO European Region. World Health Organization (2020). Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332068/WHO-EURO-2020-504-40239-53897-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (accessed 08.10.2020).
2. Disability and health (2018). World Health Organization. Official site. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> (accessed 08.10.2020) (in Russian).
3. Ulumbekova G. E., Kalashnikova A. V., Moklyachenko A. V. Demographic indicators of children and adolescents. *Pokazateli zdorov'ya detey i podrostkov v Rossii. Vestnik VShOUZ*. 2016;(3). Available at: <https://www.vshouz.ru/journal/2016-god/pokazateli-zdorovya-detey-i-podrostkov-v-rossii/> (accessed 05.10.2020) (in Russian).
4. Distribution of the number of disabled children aged 0—17 years by diseases that caused the occurrence of disability. In: Statistical collection «Healthcare in Russia-2019». Part 2. «Disability of the population» (2019) [Statisticheskij sbornik «Zdravookhranenie v Rossii-2019». Chast' 2. «Invalidnost' naseleniya» (2019)]. Available at: <https://resursor.ru/statisticheskij-sbornik-zdravooxranenie-v-rossii-2019-polnaya-versiya/2-invalidnost-naseleniya/#1585766954472-99fae71a-0d97> (accessed 05.10.2020) (in Russian).
5. Makarova E. V., Krysanov I. S., Vasil'eva T. P., Aleksandrova O. Yu., Malakhova A. R. Ways to assess the quality of life in children with

- orphan diseases. *Problemy sotsialnyy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(S):778—84 (in Russian).
6. Shabunova A. A., Kondakova N. A. Living conditions of families with newborns and factors of health formation in childhood. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2017;(3):106—14 (in Russian).
 7. Kulagina E. V. Education of disabled children and children with disabilities: trends and regulatory criteria. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2015;(9):94—101 (in Russian).
 8. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
 9. Gafiatulina N. Kh., Kosinov S. S., Lyubetskiy N. P. Managing the process of forming the social health of Russian students: social management technologies. *Gosudarstvennoe i munitsipal'noe upravlenie. Uchenye zapiski*. 2018;(3). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-protseptom-formirovaniya-sotsialnogo-zdorovya-rossiyskoy-studencheskoy-molodezhi-sotsialnye-tehnologii-upravleniya/viewer> (accessed 08.10.2020) (in Russian).
 10. Yudina T. N. Social health and prevention of social diseases. In: Cultural hygiene: theory, methodology, practice [*Gigiena kul'tury: teoriya, metodologiya, praktiki*]. Moscow: Izd-vo RGSU; 2019. P. 179—99 (in Russian).
 11. Kolpina L. V. Social health: definition and mechanisms of influence on General health: literature review. *Sinergiya*. 2017. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnoe-zdorovie-opredelenie-i-mehanizmy-vliyaniya-na-obschee-zdorovie-obzor-literatury> (accessed 08.10.2020) (in Russian).
 12. Razenkova Yu. A. On ideological contradictions in the domestic practice of early care. *Vospitanie i obuchenie detey s narusheniyami razvitiya*. 2017;(4):3—8 (in Russian).
 13. Polyakova N. A. Formation of the Regional center's early aid service. *Vospitanie i obuchenie detey s narusheniyami razvitiya*. 2017;(1):16—21 (in Russian).
 14. Seligman M., Darling R. Ordinary Families, Special Children [*Obychnyye sem'i, osobyye deti*]. Moscow: Terevinf; 1997.
 15. Vdovina M. V., Mozgovaya T. M. Family with a disabled child: early care resources (experience of sociological research). *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya*. 2018;9(127):11—7 (in Russian).
 16. Tanatova D. K. Human in the modern digital society. In: Cultural hygiene: theory, methodology, practice [*Gigiena kul'tury: teoriya, metodologiya, praktiki*]. Moscow: Izd-vo RGSU; 2019. P. 161—78 (in Russian).
 17. Baranov A. A., Namazova-Baranova L. S., Al'bitskiy V. Yu., Terletskaya R. N. Disability prevention is a leading priority for maternal and child health. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(3):216—21 (in Russian).

Кирщина И. А.¹, Солонина А. В.¹, Крашенинников А. Е.², Хабриев Р. У.³

МЕТОДОЛОГИЯ УПРАВЛЯЕМОГО МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ — ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

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

²АНО «Национальный научный центр фармаконадзора», 143026, г. Москва;

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

Сохранение и укрепление здоровья граждан во многом определяется профессиональной деятельностью не только медицинских, но и фармацевтических работников, а также их слаженным взаимодействием с активным участием самого пациента, что подтверждает актуальность исследований по совершенствованию организационных технологий медико-фармацевтического сопровождения пациентов.

В статье представлен обзор международного опыта управляемого медико-фармацевтического сопровождения пациентов. Описаны основные концепции междисциплинарной коллаборации медицинских и фармацевтических специалистов с позиций сохранения здоровья пациентов, приведены основные тенденции профессиональной реализации междисциплинарного взаимодействия в практике отечественного здравоохранения и обоснована необходимость разработки интегрированной медико-фармацевтической компоненты фармацевтической помощи пациентам, для обозначения которой предложена дефиниция «фармацевтический патронаж пациентов». Авторами разработаны методологические основы реализации фармацевтического патронажа, сформулирована его цель, определены задачи и актуализирована значимость предлагаемой услуги для оптимизации медико-фармацевтической помощи пациентам пожилого возраста.

Отмечено, что реализация предлагаемой методологии носит комбинаторно-вариабельный характер и может изменяться в зависимости от возможностей аптечной организации и потребностей пациентов. Представлен систематизированный перечень основных факторов, определяющих структуру и вариабельность функционально-прикладной реализации предлагаемой методологии на конкретной территории (город, район) и /или в конкретной организации.

Подчеркнуто, что ключевым фактором в реализации методологии выступает квалификация фармацевтических специалистов, что обосновывает необходимость подготовки кадров, отвечающих задачам новой компоненты фармацевтической помощи. Для решения профессиональных задач, связанных с медико-фармацевтическим наблюдением пациентов, авторы актуализируют необходимость введения в номенклатуру должностей специалистов с высшим фармацевтическим образованием дополнительной должности с рабочим названием «клинический провизор».

Ключевые слова: медико-фармацевтическое сопровождение пациентов; охрана здоровья; фармацевтический патронаж; фармацевтические специалисты; аптечные организации; пожилые пациенты.

Для цитирования: Кирщина И. А., Солонина А. В., Крашенинников А. Е., Хабриев Р. У. Методология управляемого медико-фармацевтического сопровождения пациентов — от теории к практике (обзор литературы). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):293—301. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-293-301>

Для корреспонденции: Кирщина Ирина Анатольевна, канд. фарм. наук, доцент кафедры управления и экономики фармации ФГОУ ВО «Пермская государственная фармацевтическая академия» Минздрава России, e-mail: irina.kirshina@mail.ru

Kirshchina I. A.¹, Soloninina A. V.¹, Krasheninnikov A. E.², Khabriev R. U.³

THE METHODOLOGY OF CONTROLLABLE MEDICAL PHARMACEUTICAL MONITORING OF PATIENTS: FROM THEORY TO PRACTICE (PUBLICATIONS REVIEW)

¹Perm State Pharmaceutical Academy of Minzdrav of Russia, 614990, Perm, Russia;

²The Autonomous Non-Profit Organization "The National Scientific Center of Farmakonadzor", 143026, Moscow, Russia;

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

The preservation and promotion of health of citizens is largely determined by professional activity of both medical and pharmaceutical workers, as well as their coordinated interaction with active involvement of patient that confirms the relevance of research on improving organizational technologies for medical and pharmaceutical care of patients. The article presents an overview of international experience of controllable medical and pharmaceutical care of patient. The main interdisciplinary collaboration concepts of medical and pharmaceutical specialists from the point of view of patient health preservation is described. The main trends of professional implementation of interdisciplinary interaction in the practice of national health care are presented. The need to develop integrated medical and pharmaceutical component of pharmaceutical care of patients is justified. The definition "pharmaceutical patronage of patients" is proposed. The original methodological foundations to implement pharmaceutical patronage, including purpose, tasks and significance of the proposed service for optimizing medical and pharmaceutical care of elderly patients are discussed. It is noted that the implementation of the proposed methodology is combinatorial and variable and it may alter depending on capabilities of the pharmaceutical organization and the needs of patients. The systematized list of the main factors determining the structure and variability of functional and applied implementation of the proposed methodology in a specific territory (city, district) and / or in a specific organization is presented. It is emphasized that the key factor in implementing the methodology is the qualification of pharmaceutical specialists that justifies the need in training personnel meeting the tasks of new component of pharmaceutical care. To resolve professional tasks related to medical and pharmaceutical observation of patients, the need to introduce an additional job position with operable title «Clinical Pharmacist» into the nomenclature of positions of specialists with higher pharmaceutical education.

Keywords: medical and pharmaceutical patient support; health protection; pharmaceutical patronage; pharmaceutical specialist; pharmaceutical organization; elderly patients.

For citation: Kirschina I. A., Soloninina A. V., Krashennikov A. E., Khabriev R. U. The methodology of controllable medical pharmaceutical monitoring of patients: from theory to practice (publications review). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;29(2):293—301 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-293-301>

For correspondence: Kirschina I. A., candidate of pharmaceutical sciences, associate professor of the Chair of Management and Economics of Pharmacy of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Perm State Pharmaceutical Academy” of Minzdrav of Russia. e-mail: irina.kirshina@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 06.08.2020

Accepted 29.10.2020

Здоровье — это конституционное право каждого человека, важнейшее благо и основной ресурс для полноценной самореализации в обществе. Единого определения, стандартизирующего восприятие здоровья, не существует. Человеческое понимание о здравии определяется множеством факторов, из которых складывается осознание личного здоровья, поэтому здоровье может рассматриваться как многофакторная дефиниция, включающая физиологические, социальные и личностные аспекты конкретного человека. Важным условием формирования концепции сохранения и укрепления здоровья выступает изучение и обеспечение взаимодействия основных элементов мировоззрения и поведения человека, влияющих на процесс здоровьесбережения. Здоровье целесообразно рассматривать как междисциплинарную категорию, состоянием которой характеризует интегрированный результат профессиональной кооперации специалистов различных отраслей. Неотъемлемой частью медицинской помощи и значимой компонентой обеспечения сохранности человеческого здоровья является фармацевтическое знание, что обуславливает необходимость участия фармацевтических работников в здоровьесбережении граждан на основе коллаборации междисциплинарных компетенций и профессиональных возможностей специалистов различных ведомств. Значимой целью междисциплинарного сотрудничества выступает формирование единого профилактического пространства и создание мотивационной здоровьесберегающей среды в обществе. В связи с этим процесс сохранения и укрепления здоровья граждан целесообразно рассматривать как добровольный консорциум, объединяющий пациента и специалистов различных сфер деятельности, ключевыми фигурами которого выступают врач и фармацевт.

Анализ международных требований к организации аптечной практики подтвердил, что значимость фармацевтического знания в профессиональном медико-фармацевтическом пространстве весома и разнообразна. Экспертами ВОЗ в 2006 г. разработаны рекомендации к организации аптечных услуг, ориентированные на потребности конкретного пациента в каждой конкретной ситуации, в которых приведен классификатор видов деятельности фармацевтической практики (КВДФП), позволяющий отследить ключевые детерминанты фармацевтической практики в охране общественного здоровья [1].

Согласно КВДФП, к основным видам профессиональной деятельности фармацевта отнесены: информационная поддержка выбора рациональной фармакотерапии, обеспечение понимания и приверженности пациента плану лечения, доставка лекарственных препаратов (ЛП), предоставление услуг по клинической профилактике, проведение надзора и информирование о проблемах общественного здравоохранения, пропаганда безопасного использования ЛП в обществе; регулирование обращения лекарственных средств (ЛС) во всех секторах системы здравоохранения, участие в междисциплинарном партнерстве.

Следует отметить, что прогрессивной формой внедрения междисциплинарного сотрудничества выступает организация профессиональных ассоциаций работников, имеющая целью создание организованной системы медицинской и фармацевтической помощи с позиций максимальной сохранности здоровья пациента на всех этапах медицинской, фармацевтической и социальной помощи. Так, в США с 1988 г. функционирует национальное профессиональное общество медицинских и фармацевтических работников «Академия фармации управляемого ухода», миссия которой заключается в разработке концепции и практики фармацевтической помощи в условиях управляемого здравоохранения [2].

Американские ученые обосновывают целесообразность создания организаций по уходу за пациентами на базе аптек, отмечая, что «фармацевты находятся в идеальном положении для управления лекарственной терапией и выступают ценным активом в охране здоровья граждан» [3]. Фармацевты имеют уникальные возможности для оптимизации соответствующего использования ЛП и улучшения клинических результатов. Учитывая, что фармацевты могут общаться с пациентами между посещениями врача, они имеют возможность контролировать фармакотерапию, оценивать нежелательные межлекарственные взаимодействия, выявлять пробелы в уходе и передавать критическую информацию врачам в рамках информационного взаимодействия. Кроме того, организации по уходу фокусируются на общем состоянии пациента, обеспечивая руководство по здоровому образу жизни через оздоровительные программы (отказ от курения, контроль массы тела, питание и физические упражнения), предоставляя информационную поддержку и доступ к профилактическим и скрининговым услугам,

Здоровье и общество

обеспечивая координацию и континуум необходимой медико-фармацевтической помощи пациентам.

Методология управляемого ухода с привлечением фармацевтов включает серию взаимосвязанных концепций [2], направленных на сохранение здоровья пациента, в числе которых:

- управление заболеванием (концепция повышения качества жизни лиц с хроническими заболеваниями путем предотвращения или сведения к минимуму последствий заболевания посредством комплексного ухода);
- контроль за использованием лекарственных препаратов, в том числе оценка фармакотерапии пациента перед назначением ЛП, постоянный мониторинг лекарственной терапии в течение всего курса лечения и оценка фармакотерапии после ее получения, контроль пациентского комплаенса (наши исследования показали, что при оценке фармакотерапевтической приверженности пациентов с хроническими заболеваниями в долгосрочном периоде — более года, до 80% больных проявляют низкий уровень пациентского комплаенса) [4];
- электронное назначение ЛП с использованием специальных online-технологий в рамках междисциплинарного взаимодействия медицинских и фармацевтических специалистов;
- формулярное управление (интегрированный процесс назначения клинически обоснованной и экономически эффективной фармакотерапии на основе лекарственных формуляров, разрабатываемых совместно врачами, фармацевтами и другими специалистами, занятыми в системе здравоохранения);
- профилактика излишних запасов ЛП в домашних аптечках пациентов, так как чрезмерное накопление их у населения может привести к неоправданным нагрузкам на систему здравоохранения (в случае отпуска ЛП за счет бюджета), возникновению фармацевтических рисков (связанных с нарушением условий хранения ЛП, истечением срока годности ЛП, использованием непригодных к медицинскому применению ЛП, необоснованным приемом ЛП, злоупотреблением ЛП), что создает опасность для здоровья пациента при использовании ЛП;
- обеспечение конфиденциальности при оказании медицинской и фармацевтической помощи пациенту;
- преобразование услуг здравоохранения с позиций охраны здоровья — ключевая концепция в академии фармации управляемого ухода, имеющая целью сохранение здоровья и улучшение качества жизни пациентов, для реализации которой требуется многофакторный подход, учитывающий множество различных компонентов здоровья человека, включая социально-экономический статус, образ жизни, физическую активность и другие особенности конкретной личности. Концепция подразуме-

вает прогностическое моделирование медико-фармацевтических услуг для стратификации пациентов в зависимости от имеющихся у них рисков. Цель дифференциации состоит в том, чтобы оценить корреляционные закономерности в изменении факторов внешней среды и/или физиологических особенностей личности (образ жизни, психоэмоциональное состояние, пищевое поведение, возрастная категория) и их влияние на здоровье конкретного пациента путем внедрения принципов превентивно-индивидуализированной помощи в рамках управляемого ухода за пациентом;

- предупреждение лекарственных рисков — концепция направлена на минимизацию фармакотерапевтических ошибок на всех этапах обращения ЛС. Согласно определению Национального координационного совета США, «лекарственная ошибка — это любое предотвратимое событие на всех этапах обращения ЛС, которое может вызвать или привести к неправильному использованию ЛП и/или нанести вред здоровью пациента, в том числе назначение ЛП, отпуск/реализация ЛП, маркировка и упаковка ЛП, изготовление и дозирование ЛП, организация и обучение обращению с ЛП, мониторинг безопасности обращения и использование ЛП» [5].

Академия фармации управляемого ухода в качестве превентивных мер возникновения фармакотерапевтических рисков рекомендует следующие технологии:

- организацию адекватного обучения пациентов надлежащему использованию ЛП в рамках любой программы профилактики возникновения лекарственных ошибок;
- разработку программ предварительного разрешения для назначений определенных ЛП некоторым группам пациентов (беременные женщины, геронтологические пациенты, дети) с учетом международных клинических рекомендаций по использованию ЛП;
- штриховое кодирование ЛП;
- внедрение электронной рецептурной карты пациента, содержащей данные о назначенных и используемых пациентом ЛП;
- формирование перспективных online-обзоров о безопасности ЛС, в рамках которых обсуждаются и оцениваются различные аспекты ЛП, в том числе противопоказания, межлекарственные взаимодействия, ошибки в дозировании ЛП, неадекватная продолжительность фармакотерапии, лекарственно-аллергические взаимосвязи, клиническое злоупотребление или неправильное использование;
- внедрение автоматизированных систем дозирования ЛС, позволяющих уменьшить ошибки при использовании ЛП и повысить безопасность фармакотерапии;
- формирование внутренних процедур контроля качества, разработка методов анализа фар-

макотерапевтических рисков, введение дополнительных мер безопасности обращения ЛП, например добавление описательного текста на этикетку о правилах приема ЛП, позволяющего пациенту контролировать дозирование и соблюдать врачебные назначения.

Разработка стратегии наблюдения за пациентами базируется на основных направлениях профилактической медицины, включая реализацию основных видов медицинской профилактики (первичная, вторичная, третичная). Третичная профилактика имеет целью эффективное сопровождение уже имеющегося заболевания, следовательно, данный вид профилактики реализуется в рамках концепции «управление заболеванием».

Международные исследования, проведенные за последние несколько десятилетий, подтвердили, что участие фармацевтического персонала в междисциплинарных организациях положительно влияет на уход за пациентами [6—20].

В результате проведения собственных исследований и изучения отечественных тенденций в сфере междисциплинарного сотрудничества работников здравоохранения установлено, что российскими учеными, включая авторов настоящей публикации, обоснованы некоторые перспективные направления медико-фармацевтической коллаборации специалистов в интересах улучшения лекарственного обеспечения и сохранения здоровья пациента. Так, в настоящее время:

- Сформированы организационные технологии информационной поддержки выбора рациональной фармакотерапии при поли- и коморбидности (на примере сосудистой коморбидности) [21].
- Актуализирована значимость взаимодействия врача и пациента в терапевтическом процессе пациента на основе деонтологических принципов медицинской практики и профессиональной ответственности медицинских и фармацевтических работников за здоровье пациента [22].
- Обоснована актуальность и продемонстрированы положительные результаты информационного взаимодействия медицинских и фармацевтических работников для улучшения медико-фармацевтической помощи пациентам пожилого возраста [23].
- Описаны негативные последствия дефицита пациентского комплаенса [24] и предложены организационные технологии повышения приверженности пациентов врачебным назначениям для профилактики рецидивов хронических заболеваний [25].
- Обоснована значимость терапевтического сотрудничества для предупреждения манифестаций и облегчения симптомов заболеваний [26].
- Актуализирована идея создания единого информационного пространства в системе «врач—пациент—аптека» для оптимизации

медицинского и фармацевтического обслуживания путем совершенствования применения цифровых технологий на примере внедрения персональной мобильной медико-фармацевтической электронной карты пациента [27].

- Теоретически обоснована профессиональная роль фармацевтических специалистов как участников системы здравоохранения в сохранении и укреплении здоровья граждан [28].
- Актуализирована необходимость участия фармацевтических специалистов в профилактике заболеваний посредством осуществления санитарно-просветительной работы при осуществлении фармацевтической деятельности [29].

На основе обобщения концептуально-теоретических основ организации управляемого ухода за пациентами с участием фармацевтических специалистов, существующего международного опыта реализации междисциплинарного сотрудничества врачей и фармацевтов в интересах здоровья граждан, контент-анализа научных суждений российских коллег в отношении перспективности и возможности реализации междисциплинарного сотрудничества специалистов здравоохранения на благо здоровья граждан и результатов собственных исследований нами обоснована интегрированная медико-фармацевтическая компонента фармацевтической помощи пациентам, для обозначения которой предложен термин «фармацевтический патронаж (поддержка)».

Под фармацевтическим патронажем нами понимается медико-фармацевтическое сопровождение пациента специалистами системы здравоохранения (направленное на решение медико-фармацевтических проблем пациента с целью улучшения качества его жизни, связанного со здоровьем), осуществляемое на основе междисциплинарного взаимодействия медицинских и фармацевтических специалистов на благо пациента, осмысления и признания ими ответственности за состояние здоровья пациента на основании действий и решений, принимаемых врачом и фармацевтом.

Осуществляется фармацевтический патронаж на основе добровольного согласия пациента путем междисциплинарного взаимодействия медицинских и фармацевтических специалистов, направленного на рациональный выбор фармакотерапии, соблюдение правил ее получения, медицинскую профилактику и самоконтроль заболеваний. Очевидно, что такая форма медико-фармацевтического сопровождения наиболее актуальна при наблюдении пожилых пациентов, поскольку «необходимо учитывать обычную для людей пожилого и старческого возраста множественность патологии. Взаимовлияние заболеваний, инволютивные процессы естественного старения и лекарственный патоморфоз значительно изменяют клиническую картину и течение заболеваний, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс»

Здоровье и общество

Систематизация основных факторов внешней и внутренней среды, определяющих набор организационных технологий в рамках реализации фармацевтического патронажа

Факторы	Характеристика
Организационно-правовые	Количество, структура, профиль медицинских организаций Количество, форма собственности, вид, специализация аптечных организаций
Материально-технические	Уровень доступности медицинской, лекарственной и фармацевтической помощи населению, в том числе в рамках государственных социальных гарантий Наличие дополнительных площадей (помещений) для внедрения новой услуги
Кадровые	Наличие технических возможностей для обеспечения междисциплинарного взаимодействия и информационной поддержки специалистов и пациентов Наличие материальных ресурсов для внедрения новой услуги
Социально-демографические	Количество медицинских и фармацевтических кадров Уровень квалификации медицинских и фармацевтических кадров Профессиональный, эмоциональный, этико-деонтологический, коммуникативный потенциал медицинских и фармацевтических кадров
Медико-статистические	Количество потенциальных потребителей услуги (заинтересованных пациентов) Демографические особенности населения Уровень фармацевтической грамотности обслуживаемого населения
	Структура и уровень заболеваемости обслуживаемого населения Медико-фармацевтические потребности пациентов, реализуемые в рамках фармацевтического патронажа

[30], снижают приверженность пациентов фармако-терапии. Кроме того, данная категория больных создает весомую нагрузку на государство, включая перманентную потребность в медицинском сопровождении и существенные затраты на фармакотерапию.

В настоящее время отдельные технологии фармацевтического патронажа апробированы нами на базе медицинской организации, оказывающей помощь геронтологическим пациентам, путем организации фармацевтического сопровождения фармако-терапии на основе проведения санитарно-просветительной работы с пациентами геронтологического центра. При оценке эффективности внедрения предлагаемой технологии отмечены положительные результаты фармацевтического сопровождения фармако-терапии для повышения приверженности пациентов пожилого возраста врачебным назначениям, в частности для улучшения пациентского комплаенса при получении фармако-терапии атерогенной дислипидемии. Получен полезный опыт обучения пожилых пациентов и формирования у них навыков самоконтроля сосудистых заболеваний в рамках фармацевтического патронажа. Установлено, что социально-психологические и медико-биологические особенности пациентов имеют существенное значение для формирования медико-фармацевтических предикторов развития фармако-терапевтических рисков, включая обострение хронических заболеваний и преждевременных госпитализаций пожилых пациентов, при этом наиболее эффективным методом взаимодействия по фармако-терапевтическим вопросам является детальная индивидуальная консультация в медицинской и/или аптечной организации.

Идеологическая составляющая фармацевтического патронажа базируется на принципах фармацевтической бдительности, теоретическая и практическая сущность которых нами обоснованы ранее [31].

На рисунке представлены разработанные нами методологические основы организации фармацевтического патронажа на примере пациентов с хро-

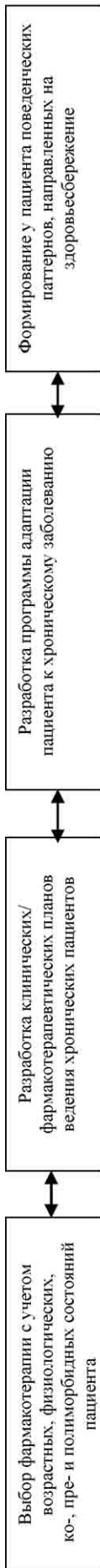
ническими неинфекционными заболеваниями, включающие медико-фармацевтические детерминанты предупреждения и течения хронических неинфекционных заболеваний, концептуально взаимосвязанные клинко-фармако-терапевтические и поведенческие предикторы здоровьесбережения пациентов и организационные технологии их практической реализации в рамках медико-фармацевтической помощи пациентам.

Генеральная цель новой услуги заключается в обеспечении профессиональной поддержки при адаптации человека к физиологическим особенностям и/или болезни и формировании навыков выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению, сохранении и повышении качества жизни, связанного со здоровьем (Health-related quality of life).

Фармацевтический патронаж призван решать задачи:

- осуществления рационального выбора фармако-терапии с учетом возрастных, физиологических и коморбидных состояний пациента;
- предупреждения возможных фармацевтических рисков, предупреждения полипрагмазии и межлекарственных взаимодействий;
- разработки фармако-терапевтических планов ведения хронических больных и программ адаптации пациентов к заболеваниям, соблюдения ими врачебных назначений, включая соблюдение правил и схем приема назначенной фармако-терапии;
- формирования у пациента поведенческих паттернов, направленных на улучшение качества жизни, связанного со здоровьем;
- обучения навыкам самоконтроля хронических заболеваний и формирования личной ответственности у пациентов за своевременное лекарственное обеспечение терапии.

Важно отметить, что предлагаемая методология носит комбинаторно-вариабельный характер. Потенциал реализации медико-фармацевтического сопровождения пациентов зависит от различных объективных и субъективных факторов, влияющих на



МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕННИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

<p>Выбор фармакотерапии с учетом возрастных, физиологических, ко-, пре- и полиморбидных состояний пациента</p>	<p>Разработка программы адаптации пациента к хроническому заболеванию</p>	<p>Формирование у пациента поведенческих паттернов, направленных на здоровьесбережение</p>
<p>Предупреждение фармацевтических рисков: профилактика полипрагмазии, минимизация межлекарственных взаимодействий</p> <p>Изучение фармакотерапии сопутствующих патологий, возрастных и физиологических особенностей пациента</p> <p>Выбор фармакотерапии по принципу "необходимо и достаточно"</p> <p>Приоритет монотерапии либо назначению минимального количества ЛП</p> <p>Предпочтение ЛП с плеiotропным эффектом и наименьшим количеством сообщений о нежелательных реакциях</p>	<p>Динамическое наблюдение состояния пациента и сопровождение фармакотерапии с учетом клинической ситуации и особенностей пациента</p> <p>Установление сроков посещения медицинского и/или фармацевтического специалиста</p> <p>Составление формы дневника приема ЛП и мониторинга нежелательных реакций</p> <p>Составление формы дневника самоконтроля заболевания</p> <p>Определение индикаторов риска обострения заболевания и разработка алгоритма действий пациента при ухудшении состояния</p>	<p>Обучение пациента как "жить и взаимодействовать с болезнью" с позиций медицинской профилактики и сохранения качества жизни</p> <p>Проведение мотивационной беседы с пациентом о необходимости строгого соблюдения врачебных назначений и других рекомендаций медицинского и фармацевтического работника</p> <p>Детальное фармацевтическое консультирование пациента о правилах приема и хранения ЛП в домашних условиях, рекомендации по заполнению дневника приема ЛП</p> <p>Обучение навыкам самоконтроля заболевания; рекомендации по заполнению дневника самоконтроля</p>
<p>Формирование позитивной мотивации к соблюдению правил ЗОЖ с позиций личной ответственности пациента за течение заболевания</p>	<p>Доступное разъяснение влияния вредных привычек на течение и развитие обострений хронических заболеваний</p> <p>Формирование навыков здорового пищевого поведения и самостоятельного контроля массы тела</p> <p>Оптимизация физической активности с учетом возрастных и физиологических возможностей пациента</p>	<p>Формирование позитивной мотивации к соблюдению правил ЗОЖ с позиций личной ответственности пациента за течение заболевания</p>

ИНТЕГРИРОВАННЫЕ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ГРАЖДАН

<p>Информационно-консультационная поддержка рационального выбора и применения ЛП</p> <p>Введение в штат МО специалиста с фармацевтическим образованием</p> <p>Сбор, мониторинг, верификация фармацевтической информации и донесение ее до медицинских специалистов в МО</p> <p>Организация фармаконадзора в МО, анализ сообщений о безопасности ЛП</p> <p>Фармацевтическое консультирование пациентов МО о правилах эффективного и безопасного применения ЛП, формирование пациентского сообщества</p>	<p>Внедрение пациенториентированного фармацевтического обслуживания</p> <p>Прикрепление пациентов к конкретной АО на основе добровольного согласия</p> <p>Введение в штат АО должности клинического провизора, осуществляющего сопровождение прикрепленных пациентов</p> <p>Информационное взаимодействие между фармацевтическими и медицинскими специалистами (в т.ч. с использованием электронной медико-фармацевтической карты).</p> <p>Доставка ЛП на дом фармацевтическим специалистом</p>	<p>Организация просветительских мероприятий по вопросам профилактики осложнений</p> <p>Создание специализированных "Школ" и/или проведение "Уроков здоровья" на базе АО для различных категорий пациентов</p> <p>Проведение индивидуальных консультаций с пациентами (в т.ч. на дому)</p> <p>Разработка и распространение информационных материалов о правилах приема ЛП и медицинской профилактике хронических заболеваний</p> <p>Размещение информации о профилактике хронических заболеваний в торговых залах АО</p>	<p>Пропаганда ЗОЖ на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях</p> <p>Включение в программу адаптации фармацевтических работников основ государственной политики в сфере охраны здоровья граждан; обучение персонала информационно-организационным технологиям здоровьесбережения</p> <p>Организация в АО тематических дней, пропаганда гражданам и диспансеризацию граждан</p> <p>Популяризация деятельности Центров медицинской профилактики и привлечение граждан для их посещения</p> <p>Участие в мероприятиях, посвященных пропаганде ЗОЖ и физической активности</p>
--	---	---	---

МО — медицинская организация, АО — аптечная организация, ЗОЖ — здоровый образ жизни.

Методологические основы организации фармацевтического патронажа.

Здоровье и общество

качество оказания медицинской и фармацевтической помощи конкретному пациенту в конкретной организации.

Систематизированный перечень основных факторов, определяющих структуру и вариабельность функционально-прикладной реализации предлагаемой методологии на конкретной территории (город, район) и/или в конкретной организации, представлен в таблице.

Таким образом, предлагаемую методологию можно комбинаторно адаптировать под заданные характеристики, построить и реализовать функционально-прикладную модель, исходя из возможностей конкретной организации с учетом имеющихся запросов населения.

Наиболее значимыми предикторами эффективности внедрения предлагаемой услуги мы считаем характеристики, связанные с кадровыми ресурсами. Не секрет, что «кадры решают все», и предлагаемая концепция — не исключение. По нашему мнению, для выполнения большинства профессиональных задач, связанных с медико-фармацевтическим сопровождением пациента, в номенклатуру должностей специалистов с высшим фармацевтическим образованием целесообразно введение дополнительной должности с рабочим названием «клинический провизор». Представляется, что рекомендуемое наименование должности адекватно отражает профессиональные функции специалиста для решения задач медико-фармацевтического сопровождения пациентов, поскольку, согласно международным принципам организации фармацевтической помощи, термин «клиническая фармация» используется для описания работы фармацевтов, чья основная деятельность состоит в тесном взаимодействии с работниками системы здравоохранения, общении с пациентами и оценке их состояния, предоставлении специфических терапевтических рекомендаций, мониторинге реакции пациента на фармакотерапию и обеспечении информацией по лекарственным средствам [1]. Следует еще раз подчеркнуть, что фармацевтический патронаж не ограничивается сферой обращения ЛП, что отражено в представленной методологии. Между тем предупреждение и минимизация фармакотерапевтических рисков — ключевая задача медико-фармацевтического сопровождения пациентов.

Предлагаемая методология управляемого медико-фармацевтического сопровождения требует дальнейшей проработки, включая пересмотр концепции базового образования с позиций формирования новых профессиональных компетенций, осмысление и наполнение образовательной программы по специальности «клиническая фармация», разработку профессионального стандарта «клинический провизор» и, главное, формирование навыков профессиональной коллаборации и взаимоуважения специалистов здравоохранения путем выработки корпоративного мышления на основе этико-деонтологических принципов медицины,

ориентированного на здоровьесбережение и повышение качества жизни конкретного пациента в каждой конкретной ситуации.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. Geneva: WHO; 2006. Режим доступа: https://www.medicines/publications/WHO_PAR_2006.5.pdf
2. Academy of Managed Care Pharmacy (AMCP). Режим доступа: <https://www.amcp.org>
3. Chisholm-Burns M. A., Lee J. K., Spivey C. A. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care*. 2010;48(10):923—33. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181e57962
4. Кирщина И. А., Солонина А. В., Каткова А. Д. Повышение комплаентности хронических больных как аспект фармацевтической помощи. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина*. 2013;(6):54—7.
5. The National Coordinating Council for Medication Error. Режим доступа: <https://www.nccmerp.org/>
6. Amara S., Adamson R. T., Lew I., Slonim A. Accountable care organizations: impact on pharmacy. *Hosp. Pharm.* 2014;49(3):253—9. doi: 10.1310/hpj4903-253
7. Holland R., Desborough J., Goodyer L. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and death in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2008;65:303—16. doi: 10.1111/j.1365-2125.2007.03071.x
8. Koshman S. L., Charrois T. L., Simpson S. H. Pharmacist care of patients with heart failure: a systematic review of randomized trials. *Arch. Intern. Med.* 2008;168:687—94. doi: 10.1001/archinte.168.7.687
9. Eades C. E., Ferguson J. S., O'Carroll R. E. Public health in community pharmacy: A systematic review of pharmacist and consumer views. *BMC Pub. Health*. 2011;11:582. doi: 10.1186/1471-2458-11-582
10. Barra M., Scott C. L., Scott N. W., Johnston M., de Bruin M., Nkansah N., Bond C. M., Matheson C. I., Rackow P., Williams A., Watson M. C. Pharmacist services for non-hospitalised patients. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018;4(9):CD013102. doi: 10.1002/14651858.CD013102
11. Rojas E., Gerber B. S., Tilton J., Rapacki L., Sharp L. K. Pharmacists' perspectives on collaborating with community health workers in diabetes care. *J Am Pharm Assoc.* 2015;55(4):429—33. doi: 10.1331/JAPhA.2015.14123
12. Colla C. H., Lewis V. A., Beaulieu-Jones B. R., Morden N. E. Role of pharmacy services in accountable care organizations. *J. Manag. Care Special. Pharm.* 2015;21(4):338—44. doi: 10.18553/jmcp.2015.21.4.338
13. Adams S. C., Ayers P., Britton M. L., Brown T. R. American Society of Health System Pharmacists Report of the 2012 ASHP task force on accountable care organizations. *Am. J. Health. Syst. Pharm.* 2012;69(13):56—66. doi: 10.2146/sp120002
14. Loustalot M. C., Berdot S., Sabatier P., Durieux P., Perrin G., Karas A., Sabatier B. The impact of interventions by pharmacists collected in a computerised physician order entry context: a prospective observational study with a 10-year reassessment. *Swiss Med. Wkly.* 2019;149:w20015. doi: 10.4414/SMW.2019.20015
15. Parrish II R. H., Casher D., van den Anker J., Benavides S. Creating a Pharmacotherapy Collaborative Practice Network to Manage Medications for Children and Youth: A Population Health Perspective. *Children.* 2019;6(4):58. doi: 10.3390/children6040058
16. Hashimoto R., Fujii K., Yoshida K., Shimoji S., Masaki H., Kadoyama K., Nakamura T., Onda M. Outcomes of Pharmacists' Involvement with Residents of Special Nursing Homes for the Elderly. *Yakugaku Zasshi.* 2018;138:1217—25. doi: 10.1248/yakushi.18-00065
17. Seubert L. J., Whitelaw K., Hattingh L., Watson M. C., Clifford R. M. Development of a Theory-Based Intervention to Enhance Information Exchange during Over-The-Counter Consultations in Community Pharmacy. *Pharmacy.* 2018;6(4):117. doi: 10.3390/pharmacy6040117
18. Mononen P., Airaksinen M. S. A., Hämeen-Anttila K., Helakorpi S., Pohjanoksa-Mäntylä M. Trends in the receipt of medicines information among Finnish adults in 1999—2014: a nationwide re-

- peated cross-sectional survey. *Brit. Med. J.* 2019;9(6):e026377. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026377
19. Letinier L., Cossin S., Mansiaux Y., Arnaud M., Salvo F., Bezin J., Thiessard F., Pariente A. Risk of Drug-Drug Interactions in Out-Hospital Drug Dispensings in France: Results From the DRUG-Drug Interaction Prevalence Study. *Front. Pharmacol.* 2019;10:265. doi: 10.3389/fphar.2019.00265. eCollection 2019.
 20. Loustalot M. C., Berdot S., Sabatier P., Durieux P., Perrin G., Karas A., Sabatier B. The impact of interventions by pharmacists collected in a computerised physician order entry context: a prospective observational study with a 10-year reassessment. *Swiss Med. Wkly.* 2019;15;149:w20015. doi: 10.4414/smw.2019.20015
 21. Козлов С. Е., Киричина И. А., Габдрафикова Ю. С., Солонинина А. В. Рациональные комбинации лекарственных препаратов при лечении сосудистой патологии в гериатрии. *Клиническая медицина.* 2015;93(11):54—9.
 22. Дремова Н. Б., Коржавых Э. А., Овод А. И. Формирование концепции взаимодействия врача и провизора в терапевтическом процессе пациента. В сб.: Проблема реализации мультидисциплинарного подхода к пациенту в современном здравоохранении. Сборник материалов международной научно-практической конференции. Курский государственный медицинский университет, ООО «МедТестИнфо». Курск; 2019. С. 14—29.
 23. Семенова А. Д., Киричина И. А., Солонинина А. В. О перспективах информационного взаимодействия медицинских и фармацевтических работников при оказании помощи геронтологическим больным. *Успехи геронтологии.* 2015;28 (1):183—8.
 24. Вольская Е. А. Пациентский комплаенс. обзор тенденций в исследованиях. *Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской техники.* 2013;(11):6—15.
 25. Киричина И. А., Солонинина А. В., Каткова А. Д. Повышение комплаентности хронических больных как аспект фармацевтической помощи. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина.* 2013;S6:54—7.
 26. Данилов Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2014;(2):4—12. doi: 10.14412/2074—2711—2014—2-4—12
 27. Киричина И. А., Солонинина А. В., Каткова А. Д. Персональная мобильная медико-фармацевтическая электронная карта покупателя (пациента) как инструмент оптимизации медицинского и фармацевтического обслуживания населения. *Казанский медицинский журнал.* 2012;93(2):322—3. doi: 10.17816/KMJ2320
 28. Киричина И. А. Теоретические основы обоснования профессиональной деятельности специалистов аптек в охране здоровья населения. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск).* 2014;126(3):14—8.
 29. Федина Е. А. Профилактика заболеваний: участие фармацевтических работников. *Инновационная наука.* 2017;(12):199—202.
 30. Фесенко Э. В., Поведа А. Г., Поведа В. А. Полиморбидность в пожилом возрасте и проблемы приверженности к фармакотерапии. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация.* 2012;10—1(129):12—6.
 31. Киричина И. А., Солонинина А. В., Каткова А. Д. О перспективах фармацевтического обслуживания населения с позиций профессиональной бдительности специалистов. *Биозащита и биобезопасность.* 2013;5(4):21—5.
 5. The National Coordinating Council for Medication Error. Available at: <https://www.nccmerp.org/>
 6. Amara S., Adamson R. T., Lew I., Slonim A. Accountable care organizations: impact on pharmacy. *Hosp. Pharm.* 2014;49(3):253—9. doi: 10.1310/hpj4903-253
 7. Holland R., Desborough J., Goodyer L. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and death in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2008;65:303—16. doi: 10.1111/j.1365-2125.2007.03071.x
 8. Koshman S. L., Charrois T. L., Simpson S. H. Pharmacist care of patients with heart failure. a systematic review of randomized trials. *Arch. Intern. Med.* 2008;168:687—94. doi: 10.1001/archinte.168.7.687
 9. Eades C. E., Ferguson J. S., O'Carroll R. E. Public health in community pharmacy: A systematic review of pharmacist and consumer views. *BMC Pub. Health.* 2011;11:582. doi: 10.1186/1471-2458-11-582
 10. Barra M., Scott C. L., Scott N. W., Johnston M., de Bruin M., Nkansah N., Bond C. M., Matheson C. I., Rackow P., Williams A., Watson M. C. Pharmacist services for non-hospitalised patients. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018;4(9):CD013102. doi: 10.1002/14651858.CD013102
 11. Rojas E., Gerber B. S., Tilton J., Rapacki L., Sharp L. K. Pharmacists' perspectives on collaborating with community health workers in diabetes care. *J Am Pharm Assoc.* 2015;55(4):429—33. doi: 10.1331/JAPhA.2015.14123
 12. Colla C. H., Lewis V. A., Beaulieu-Jones B. R., Morden N. E. Role of pharmacy services in accountable care organizations. *J. Manag. Care Special. Pharmacy.* 2015;21(4):338—44. doi: 10.18553/jmcp.2015.21.4.338
 13. Adams S. C., Ayers P., Britton M. L., Brown T. R. American Society of Health System Pharmacists Report of the 2012 ASHP task force on accountable care organizations. *Am. J. Health. Syst. Pharm.* 2012;69(13):56—66. doi: 10.2146/sp120002
 14. Loustalot M. C., Berdot S., Sabatier P., Durieux P., Perrin G., Karas A., Sabatier B. The impact of interventions by pharmacists collected in a computerised physician order entry context: a prospective observational study with a 10-year reassessment. *Swiss Med. Wkly.* 2019;149:w20015. doi: 10.4414/smw.2019.20015
 15. Parrish II R. H., Casher D., van den Anker J., Benavides S. Creating a Pharmacotherapy Collaborative Practice Network to Manage Medications for Children and Youth: A Population Health Perspective. *Children.* 2019;6(4):58. doi: 10.3390/children6040058
 16. Hashimoto R., Fujii K., Yoshida K., Shimoji S., Masaki H., Kadoyama K., Nakamura T., Onda M. Outcomes of Pharmacists' Involvement with Residents of Special Nursing Homes for the Elderly. *Yakugaku Zasshi.* 2018;138:1217—25. doi: 10.1248/yakushi.18-00065
 17. Seubert L. J., Whitelaw K., Hattingh L., Watson M. C., Clifford R. M. Development of a Theory-Based Intervention to Enhance Information Exchange during Over-The-Counter Consultations in Community Pharmacy. *Pharmacy.* 2018;6(4):117. doi: 10.3390/pharmacy6040117
 18. Mononen N., Airaksinen M. S. A., Hämeen-Anttila K., Helakorpi S., Pohjanoksa-Mäntylä M. Trends in the receipt of medicines information among Finnish adults in 1999—2014: a nationwide repeated cross-sectional survey. *Brit. Med. J.* 2019;9(6):e026377. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026377
 19. Letinier L., Cossin S., Mansiaux Y., Arnaud M., Salvo F., Bezin J., Thiessard F., Pariente A. Risk of Drug-Drug Interactions in Out-Hospital Drug Dispensings in France: Results From the DRUG-Drug Interaction Prevalence Study. *Front. Pharmacol.* 2019;10:265. doi: 10.3389/fphar.2019.00265. eCollection 2019.
 20. Loustalot M. C., Berdot S., Sabatier P., Durieux P., Perrin G., Karas A., Sabatier B. The impact of interventions by pharmacists collected in a computerised physician order entry context: a prospective observational study with a 10-year reassessment. *Swiss Med. Wkly.* 2019;15;149:w20015. doi: 10.4414/smw.2019.20015
 21. Kozlov S. E., Kirshchina I. A., Gабдрафикова Ю. С., Солонинина А. V. Rational combination of medications for the treatment of vascular pathology in geriatrics. *Klinicheskaya medicina.* 2015;93(11):54—9 (in Russian).
 22. Dryomova N. B., Korzhavyy E. A., Ovod A. I. Formation of the concept of interaction of the doctor and pharmacist in the therapeutic process of the patient. In: The problem of implementing a multidisciplinary approach to the patient in modern healthcare. Collection of materials of the international scientific and practical conference. Kursk State Medical University, MedTestInfo LLC [Problema realizacii mul'tidisciplinarnogo podhoda k pacientu v

Поступила 06.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Developing pharmacy practice. A focus on patient care.-Geneva: WHO; 2006. Available at: https://www.medicines/publications/WHOAR_2006.5.pdf
2. Academy of Managed Care Pharmacy (AMCP). Available at: <https://www.amcp.org>
3. Chisholm-Burns M. A., Lee J. K., Spivey C. A. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care.* 2010;48(10):923—33. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181e57962
4. Kirshchina I. A., Soloninina A. V., Katkova A. D. Increase of compliance of chronic patients as aspects of pharmaceutical care. *Vestnik Rossijskogo universiteta družby narodov. Seriya: Medicina.* 2013;S6:54—7 (in Russian).

Здоровье и общество

- sovremennom zdравоохранenii. Sbornik materialov mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. Kurskiy gosudarstvennyy medicinskiy universitet, OOO «MedTestInfo»]. Kursk; 2019. P. 14—29 (in Russian).*
23. Semyonova A. D., Kirshchina I. A., Soloninina A. V. Prospects of information interaction of medical and pharmaceutical specialists in assisting geriatric patients. *Uspekhi gerontologii*. 2015;28(1):183—8 (in Russian).
 24. Vol'skaya E. A. Patient compliance. Overview of research trends. *Remedium. Zhurnal o rossijskom rynke lekarstv i medicinskoj tekhniki*. 2013;(11):6—15 (in Russian).
 25. Kirshchina I. A., Soloninina A. V., Katkova A. D. Increase of compliance of chronic patients as aspects of pharmaceutical care. *Vestnik Rossijskogo universiteta družby narodov. Seriya: Medicina*. 2013;S6:54—7 (in Russian).
 26. Danilov D. S. Herapeutic collaboration (compliance): content of the definition, mechanisms of formation, and methods of optimization. *Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika*. 2014;(2):4—12. doi: 10.14412/2074-2711-2014-2-4-12 (in Russian).
 27. Kirshchina I. A., Soloninina A. V., Katkova A. D. Personal mobile medical pharmaceutical electronic card of a customer (patient) as a tool for optimizing medical and pharmaceutical service for the population. *Kazanskiy medicinskiy zhurnal*. 2012;93(2):322—3. doi: 10.17816/KMJ2320 (in Russian).
 28. Kirshchina I. A. Theoretical basis of professional activities of the specialists of pharmacies in public health protection. *Sibirskij medicinskiy zhurnal (Irkutsk)*. 2014;126(3):14—8 (in Russian).
 29. Fedina E. A. Disease prevention: participation of pharmaceutical workers. *Innovacionnaya nauka*. 2017;(12):199—202 (in Russian).
 30. Fesenko E. V., Poveda A. G., Poveda V. A. Polymorbidity in old age and problems of adherence to pharmacotherapy. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: medicina. Farmaciya*. 2012;10—1(129):12—6 (in Russian).
 31. Kirshchina I. A., Soloninina A. V., Katkova A. D. About perspectives of pharmaceutical service of population from the position of professional watchfulness of specialists. *Biozashchita i biobezopasnost'*. 2013;5(4):21—5 (in Russian).

© Шишкин Е. В., Щепин В. О., 2021
УДК 614.2

Шишкин Е. В.¹, Щепин В. О.²

РОЛЬ АЛКОГОЛЬНЫХ И НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ИХ ПОТРЕБЛЕНИЕ

¹ГБПОУ «Троицкий медицинский колледж», 457100, г. Троицк;

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

Проведенное исследование показало, что на территории Челябинской области сохраняется высокая доля насильственных смертей с наличием этилового спирта и наркотических веществ у погибших. Отмечен рост концентрации уровня этанола в крови погибших, что свидетельствует о необходимости принятия межведомственных мероприятий, в том числе в части ужесточения правовой ответственности за потребление алкогольных и наркотических веществ. В настоящее время ни в одном из нормативно-правовых документов Российской Федерации не закреплена прогрессия ужесточения ответственности в зависимости от концентрации уровня этилового спирта в организме нарушителя либо шкала ответственности в зависимости от конкретного наркотического или иного вещества.

К л ю ч е в ы е с л о в а: смертность; внешние причины; травмы; наркотические вещества; уголовная ответственность; административная ответственность.

Для цитирования: Шишкин Е. В., Щепин В. О. Роль алкогольных и наркотических веществ в смертности населения от внешних причин и совершенствование правового регулирования ответственности за их потребление. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):302—305. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-302-305>

Для корреспонденции: Шишкин Евгений Владимирович, канд. мед. наук, директор ГБПОУ «Троицкий медицинский колледж», e-mail: shishkin90@mail.ru

Shishkin E. V.¹, Shchepin V. O.²

THE ROLE OF ALCOHOLIC AND NARCOTIC SUBSTANCES IN POPULATION MORTALITY DUE TO EXTERNAL CAUSES AND DEVELOPMENT OF LEGAL REGULATION OF RESPONSIBILITY FOR THEIR CONSUMPTION

¹Troitsk Medical College, 457100, Troitsk, Russia;

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

The study established that in the Chelyabinsk Oblast remains high percentage of violent deaths because of presence of ethyl alcohol and narcotic substances detected in blood of the perished. The increase of concentration of ethanol in blood of the dead testifies the need for inter-sectorial measures, including toughening of legal responsibility for alcohol and drugs consumption. Actually, there is no regulatory documents of the Russian Federation that fix the issue of both progression of toughening this responsibility depending on concentration of ethyl alcohol in organism of offender and responsibility scale depending on specific drug or other substance.

К e y w o r d s: mortality; external causes; narcotic substances; criminal liability; administrative responsibility.

For citation: Shishkin E. V., Schepin V. O. The role of alcoholic and narcotic substances in population mortality due to external causes and development of legal regulation of responsibility for their consumption. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):302—305 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-302-305>

For correspondence: Shishkin E. V., candidate of medical sciences, the Director of the State Budget Professional Educational Institution "The Troitsk Medical College". e-mail: shishkin90@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.07.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (далее — внешние причины) относятся к предотвратимым потерям здоровья населения, что обуславливает необходимость разработки мероприятий, направленных на профилактику возникновения происшествий и совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим [1]. Одним из ведущих факторов, способствующих возникновению происшествий и случаев стойкой утраты трудоспособности и смертей, является потребление алкогольных и наркотических веществ [2, 3].

Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 утверждена государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», где указан ряд целевых индикативных показателей, в том числе связанных со снижением потребления алкогольной продукции [4, 5].

Цель исследования заключалась в изучении роли алкогольных и наркотических веществ в смертности населения от внешних причин и совершенствовании правового регулирования ответственности за их потребление.

Задачи исследования включили анализ насильственных смертельных случаев и изучение нормативно-правовой базы, касающейся ответственности

Здоровье и общество

за правонарушения граждан Российской Федерации, находящихся в состоянии опьянения.

Материалы и методы

Изучены данные Челябинского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 2012—2018 гг. Использовались аналитический и социально-гигиенический методы исследования.

Результаты исследования

За 2018 г. среди всех погибших от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин на территории Челябинской области более половины (53% случаев, в том числе 57% мужчин и 40,6% женщин) на момент происшествия находились в состоянии алкогольного опьянения. В возрастной группе 30—34 года данный показатель был более 60%, а в группе 35—39 лет — более 70%. За изученный период отмечается не только сохранение высокого удельного веса лиц, погибших от внешних причин в состоянии алкогольного опьянения, но и рост концентрации этилового спирта в крови погибших. Если в 2012 г. среднее содержание этилового спирта составляло 2,22 промилле, то в 2018 г. показатель вырос на 49,1% — до 3,31 промилле (таблица).

В 2018 г. наркотические вещества обнаружены у 5,6% погибших, в том числе 6,5% мужчин и 2,9% женщин. В возрастной группе 25—29 лет показатель составил 16,5%, в том числе 15,7% среди мужчин и 20,9% среди женщин. В 33% случаев наркотическим веществом оказался морфин, а более чем в половине случаев — синтетическое наркотическое вещество альфа-PVP и его метаболиты. В законодательстве Российской Федерации предусмотрен ряд нормативно-правовых документов в отношении ответственности за потребление алкогольных и наркотических веществ в зависимости от места и обстоятельств появления гражданина в состоянии опьянения. Так, в соответствии со ст. 81 Трудового кодекса РФ возможно расторжение трудового договора по инициативе работодателя за появление работника на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения. В обзоре судебной практики, а также при изучении действующей нормативно-правовой базы нет сведений об отягощении ответственности за повторное нарушение данной трудовой дисциплины; кроме того, отсутствуют какие-либо сведения, свидетельствующие об увеличении ответственности не только за сам факт наличия алкоголя в организме, но и за уровень его концентрации.

В Кодексе об административных правонарушениях (КоАП) Российской Федерации имеется ряд статей, касающихся ответственности за потребление алкогольных и наркотических веществ. В соответствии со ст. 20.20 КоАП РФ потребление (распитие) алкогольной продукции в местах, запрещенных законодательством, влечет наложение административного штрафа в размере от 500 до 1500 руб. Потребление наркотических средств или психотроп-

Уровень концентрации алкоголя в крови погибших от основных причин насильственной смертности на территории Челябинской области за 2012—2018 гг. (в промилле)

Наименование	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Внешние причины	2,22	2,31	2,98	3,49	3,15	3,11	3,31
ДТП	1,90	1,97	2,54	2,94	2,67	2,52	2,66
Различные виды падений	1,91	1,80	2,40	2,73	2,70	2,44	2,90
От ранений острыми и тупыми предметами	2,16	2,19	2,74	3,10	3,01	2,82	3,06

Примечание. ДТП — дорожно-транспортное происшествие.

ных веществ без назначения врача в общественном месте влечет наложение административного штрафа в размере от 4 до 5 тыс. руб. или административный арест на срок до 15 суток. В соответствии со ст. 20.22 КоАП РФ нахождение в состоянии опьянения несовершеннолетних в возрасте до 16 лет либо потребление наркотических или распитие алкогольных веществ влечет наложение административного штрафа на родителей или иных законных представителей несовершеннолетних в размере от 1500 до 2000 руб.

В вышеуказанных статьях КоАП РФ, так же как и в Трудовом кодексе РФ, отсутствуют сведения об отягощении ответственности за повторность правонарушения, либо пропорциональность увеличения ответственности в зависимости от концентрации алкоголя в организме нарушителей, либо в зависимости от того или иного наркотического вещества.

Единственная статья не только КоАП РФ, но и законодательства в целом, имеющая определенную «привязку» концентрации алкогольных веществ в организме и привлечения к административной ответственности, — ст. 12.8 КоАП РФ — управление транспортным средством водителем, находящимся в состоянии опьянения, передача управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения. Но даже здесь речь идет о так называемом пороге привлечения к ответственности, а не увеличении ответственности в зависимости от уровня содержания этилового спирта в крови либо выдыхаемом воздухе нетрезвого водителя или от конкретного наркотического вещества. С 2015 г. в данной статье утратил свою силу п. 4, регламентирующий ответственность за повторность правонарушения. Вместо этого пункта в настоящее время ответственность за повторное правонарушение (если водитель уже лишен водительского удостоверения) уголовная — ст. 264.1 Уголовного кодекса Российской Федерации «Нарушение правил дорожного движения лицом, подвергнутому административному наказанию». В соответствии с данной статьей за повторность правонарушения ответственность возрастает в разы: наказывается штрафом в размере от 200 до 300 тыс. руб. вплоть до лишения свободы на срок до 2 лет. Связано столь существенное увеличение ответственности за повторность управления транспортным средством в состоянии опьянения

прежде всего с высокими показателями смертности в ДТП на дорогах Российской Федерации и необходимостью достижения индикативных показателей. К сожалению, в данной статье, как и в ст. 12.8 КоАП РФ, отсутствует «привязка» к уровню концентрации этилового спирта у правонарушителя. Как показало наше исследование, в 2012 г. уровень концентрации этилового спирта в крови погибших в ДТП на территории Челябинской области составлял 1,90 промилле, на пике принятия ужесточающего закона (ст. 264.1 УК РФ) — 2,94 промилле, в 2018 г. уровень снизился незначительно (2,66 промилле), а вот число погибших в ДТП в 2018 г. по сравнению с 2015 г. снизилось на 33,1%. Факт свидетельствует о том, что все чаще нарушают закон лица, склонные к потреблению алкоголя в неразумных, неконтролируемых количествах. Стоит отметить, что отсутствует какая-либо ответственность за нахождение в транспортных средствах пассажиров, находящихся в состоянии опьянения. Необходимо рассмотреть вопрос о привлечении к ответственности пассажиров, находящихся в состоянии опьянения, которые во время движения транспортного средства расположены на передних сидениях, а также в двухколесных моторизированных транспортных средствах, поскольку данные категории участников дорожного движения способны создавать физическую помеху лицу, управляющему транспортным средством.

В российском законодательстве уголовная ответственность за потребление алкогольных и наркотических веществ, помимо ст. 264.1 УК РФ, предусмотрена частями 4 и 6 ст. 264 УК РФ, согласно которым максимальное наказание предусматривает лишение свободы на срок от 8 до 15 лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет. Речь в этой статье идет о привлечении к уголовной ответственности лица, управляющего транспортным средством в состоянии опьянения, причинившего тяжкие последствия либо смерть другому лицу. В данной статье, как и в предыдущей статье 264.1 УК РФ, нет сведений об увеличении ответственности в зависимости от уровня концентрации алкоголя в крови либо вида того или иного наркотического вещества.

В ст. 63 УК РФ «Обстоятельства, отягощающие наказание» не выделено отдельной частью алкогольное или иного вида опьянение как обязательное отягощающее обстоятельство, такое обстоятельство может быть взято во внимание на усмотрение судьи.

Заключение

На территории Челябинской области не только сохраняется высокая доля погибших от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин, в крови которых обнаружен этиловый спирт и наркотические вещества. Отмечается рост концентрации уровня этанола в крови погибших, что свидетельствует о необходимости принятия межведомственных мероприятий, в том чис-

ле в части ужесточения правовой ответственности за потребление алкогольных и наркотических веществ. В настоящее время ни в одном из нормативно-правовых документов Российской Федерации не закреплена прогрессия ужесточения ответственности в зависимости от концентрации уровня этилового спирта в организме нарушителя либо шкала ответственности в зависимости от конкретного наркотического или иного вещества.

Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации необходимо проработать вопрос об ужесточении ответственности за повторное появление лица на работе в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, в том числе с возможностью наложения административного штрафа, путем внесения изменений в Кодекс об административных правонарушениях Российской Федерации.

Министерству здравоохранения Российской Федерации совместно с Главным управлением по обеспечению безопасности дорожного движения Министерства внутренних дел Российской Федерации необходимо обеспечить пропорциональное ужесточение ответственности в зависимости от концентрации алкоголя в организме водителей транспортных средств, а также в зависимости от наличия в организме тех или иных наркотических и иных сильнодействующих веществ. Рассмотреть возможность привлечения к ответственности пассажиров, находящихся в состоянии опьянения, если их действия могут физически создать угрозу безопасного управления транспортным средством либо склонить водителя транспортного средства к его управлению в нетрезвом виде.

Государственной Думе Российской Федерации необходимо проработать ряд поправок в Уголовный кодекс Российской Федерации, касающихся ст. 264.1 УК РФ, ст. 264 УК РФ, где необходимо увеличение ответственности лица в зависимости от концентрации алкоголя в крови либо вида того или иного наркотического вещества, а также ст. 63 УК РФ, в которой не выделено отдельной частью алкогольное или иного вида опьянение как обязательное отягощающее обстоятельство.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Головчин М. А. Социально-экономические потери от наркомании в регионах России. *Вопросы статистики*. 2015;(9):47—55.
2. Махкамова З. Р., Голубова Т. Н. Анализ смертности населения трудоспособного возраста в Республике Крым. *Таврический медико-биологический вестник*. 2015;(4):41—3.
3. Стародубов В. И., Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России: сценарии развития. *Оргздрав: новости, мнения, обучение*. 2015;(2):34—47.
4. Линденбратен А. Л. Инновационные процессы в здравоохранении. *Вестник Росздравнадзора*. 2016;(5):59—61.
5. Блинова Т. В., Марков В. А. Преждевременная смертность сельского населения: измерение экономических потерь. *Никоновские чтения*. 2014;19:297—300.

REFERENCES

1. Golovchin M. A. Socio-economic losses from drug addiction in the regions of Russia. *Voprosy statistiki*. 2015;(9):47—55 (in Russian).
2. Makhkamova Z. R., Golubova T. N. Analysis of the mortality of the working age population in the Republic of Crimea. *Tavrisheskij mediko-biologicheskij vestnik*. 2015;(4):41—3 (in Russian).
3. Starodubov V. I., Ulumbekova G. E. Healthcare of Russia: development scenarios. *Orgzdrav: novosti, mneniya, obuchenie*. 2015;(2):34—47 (in Russian).
4. Lindenbraten A. L. Innovative processes in health care. *Vestnik Roszdravnadzora*. 2016;(5):59—61 (in Russian).
5. Blinova T. V., Markov V. A. Premature mortality of the rural population: the measurement of economic losses. *Nikonovskie chteniya*. 2014;19:297—300 (in Russian).

Реформы здравоохранения

© Коллектив авторов, 2021

УДК 614.2

Волнухин А. В.¹, Сибурин Т. А.², Князев А. А.²

РАЗВИТИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ОБЩЕВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК — ГЛАВНОЕ УСЛОВИЕ УСПЕШНОЙ МОДЕРНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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

²ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва

Необходимость преобразований в системе первичной медико-санитарной помощи Российской Федерации и ее организация на принципах общей врачебной практики не вызывают сомнений. Спустя более 30 лет полноценного реформирования не произошло.

Цель статьи — оценить состояние общей врачебной практики в Российской Федерации, выявить ее сильные и слабые стороны, определить дальнейшие пути развития, задачи — анализ объемов и темпов развития общей врачебной практики; выявление ее влияния на ключевые демографические, медицинские и социальные показатели, оценка зарубежного опыта, разработка предложений по интенсификации процесса ее развития в Российской Федерации. Используются аналитический, социологический (n=1573) и статистический методы.

Исследование показало, что с 2007 г. увеличилась численность врачей общей практики в Российской Федерации и обеспеченность ими населения. В этот же период имели положительную динамику численность населения, коэффициент рождаемости, смертность, заболеваемость туберкулезом, эссенциальной гипертензией и катарактой, а отрицательную — заболеваемость злокачественными новообразованиями, сахарным диабетом 2-го типа, глаукомой, ишемической болезнью сердца и цереброваскулярными болезнями. Сильная отрицательная связь обеспеченности населения врачами общей практики имела место только со смертностью от всех причин и заболеваемостью туберкулезом легких. Население было в большей степени удовлетворено работой врача общей практики, чем терапевта участкового.

Обеспеченность населения Российской Федерации врачами общей практики остается недостаточной, а его роль в управлении здоровьем населения — незначительной. С учетом передового международного опыта и отечественной специфики сформулированы предложения по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи и ее дальнейшему развитию на принципах врача общей практики.

Российское здравоохранение требует проведения комплекса мероприятий, направленных на укрепление позиций общей врачебной практики на территории всей страны.

Ключевые слова: *общая врачебная практика; первичная медико-санитарная помощь; врач общей практики; реформа здравоохранения.*

Для цитирования: Волнухин А. В., Сибурин Т. А., Князев А. А. Развитие и укрепление общеврачебных практик — главное условие успешной модернизации первичного звена здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):306—312. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-306-312>

Для корреспонденции: Волнухин Артем Витальевич, д-р мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики института профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), e-mail: Volnuhin81@gmail.com

Volnuhin A. V.¹, Siburina T. A.², Knyazev A. A.²

THE DEVELOPMENT AND ENHANCEMENT OF GENERAL MEDICAL PRACTICE AS MAJOR CONDITION OF SUCCESSFUL MODERNIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE

¹I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia;

²Central Research Institute of Health Organization and Informatization of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia

The need for changes in the primary health care system in the Russian Federation that is based on the principles of general medical practice is without any question. But, even after more than thirty years, there is no full-fledged reform still. The objective. To assess the state of general medical practice in the Russian Federation to identify its strengths and weaknesses, and to determine further ways of its development. The tasks. To analyze the volume and pace of development of general medical practice; to identify its impact on key demographic, medical and social indices; to assess foreign experience in this field; to elaborate proposals on intensifying process of its development in the Russian Federation. Material and methods. The analytical, sociological (n=1,573) and statistical methods were applied. The results. Since 2007, the number of general practitioners in the Russian Federation and corresponding support of the population increased. During the same time period, population size, natality, mortality, morbidity of tuberculosis, essential hypertension and cataract had positive dynamics. The morbidity of malignant neoplasms, diabetes type II, glaucoma, coronary heart disease and cerebrovascular diseases had negative dynamics. The strong negative relationship of the population's general practitioners support was established only in case of all-cause mortality and morbidity of lungs tuberculosis. The population was more satisfied with support of general practitioner than district physician. Discussion. The general practitioner support of the population of the Russian Federation continues to be insufficient and its role in public health management insignificant. The proposals are formulated to improve primary health care and its further development based on the prin-

principles of general medical practice on the basis of corresponding best international experiences and national specificity. Hence, in Russia, the national health care requires a set of measures targeted to strengthen the position of general medical practice system throughout all territories.

Keywords: general practice; primary health care; general practitioner; health care reform.

For citation: Volnukhin A. V., Siburina T. A., Knyazev A. A. The development and enhancement of general medical practice as major condition of successful modernization of primary health care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;29(2):306–312 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-306-312>

For correspondence: Volnukhin A. V., doctor of medical sciences, professor of the Chair of General Medical Practice of the Institute of Professional Education of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: Volnuhin81@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 30.07.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Необходимость изменения неудовлетворительной ситуации с оказанием медицинской помощи населению, сложившейся в первичном звене здравоохранения, неоднократно подчеркиваемая в выступлениях Президента Российской Федерации В. В. Путина, требует критической оценки действующих в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) организационных форм. В качестве наиболее перспективной из них для повышения доступности и качества медицинской помощи населению, согласно стратегии развития здравоохранения Российской Федерации до 2025 г., признается общая врачебная практика (ОВП) [1], на основе которой в течение более 30 последних лет осуществлялось развитие ПМСП.

ОВП, или семейная медицина (СМ), в современном ее виде зародилась в Великобритании и Канаде в 60-х годах XX в. [2]. В России она начала развиваться в конце 80-х годов XX в., сначала в экспериментальном порядке. Затем Приказом МЗ РФ от 26.08.1992 № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» были введены соответствующая специальность и должность [3].

Основными предпосылками для внедрения ОВП в РФ были следующие [4].

1. Участковая система амбулаторно-поликлинической помощи, заложенная Н. А. Семашко и предполагавшая, что участковый врач должен обеспечивать доступность медицинской помощи, осуществлять наблюдение за здоровьем пациента в течение всей его жизни, во время болезни и вне ее; проводить профилактические мероприятия среди населения и координировать работу всех служб здравоохранения, на практике не была реализована в необходимом объеме.

2. Миграция медицинских кадров и формирование дефицита медицинских работников в сельской местности.

3. Нарушение баланса врачебного и сестринского персонала, чрезмерная специализация врачей первичного звена в области терапии.

4. Утрата преемственности в работе врачей в амбулаторных условиях и между амбулаторным и стационарным уровнями.

5. Позитивный опыт зарубежных стран в развитии ОВП и признание роли этой организационной формы в повышении медицинской и экономической эффективности здравоохранения, что соответствовало проводимой в то время структурной реорганизации медицинской помощи с целью сокращения затрат на ее оказание.

В результате сверхспециализации амбулаторно-поликлинической помощи произошло ограничение перечня заболеваний, курируемых непосредственно врачом-терапевтом участковым, и переход к осуществлению им преимущественно распределительной функции (диспетчеризации), что не могло не отразиться на его квалификации. Недостаточный уровень оснащения рабочих мест, высокая рабочая нагрузка, неадекватная оплата труда, отсутствие критериев эффективности способствовали снижению мотивации участковых врачей к сохранению и восстановлению здоровья пациентов, отмечался рост хронизации патологии, обусловленный недообследованностью и недолеченностью пациентов. Резко снизились престиж специальности и ее привлекательность для выпускников медицинских вузов [4, 5].

Необходимость преобразований в организации ПМСП не вызывала сомнений. Дискуссионным оставался вопрос о глубине реорганизации. По мнению одного из основоположников ОВП в России, академика И. Н. Денисова, «если бы мы не ушли от традиционного участкового врача, который по многим параметрам очень близок к врачу общей практики, нам бы не потребовалась столь мучительная и длительная реформа» [4].

К сожалению, до настоящего времени полноценного реформирования ПМСП в России и перехода к работе на принципах врача общей практики (ВОП) так и не произошло. Несмотря на положительные результаты, продемонстрированные в отдельных областях (Тульская, Самарская, Псковская и ряд других), этот специалист так и не стал центральной фигурой отечественного здравоохранения, а ОВП остается относительно востребованной преимущественно на селе [6]. В последнее время ОВП уже не

рассматривается в качестве одного из стратегических направлений развития здравоохранения РФ. Более того, основные нормативные документы предполагают возможность сосуществования трех моделей ПМСП: с ВОП, с терапевтом участковым, с врачом-терапевтом участковым, формально переименованным в ВОП, но не имеющим достаточной подготовки и оснащения для оказания помощи по широкому профилю заболеваний. Таким образом, в течение 30 лет ОВП не стала основой отечественной системы здравоохранения. Скорее всего, это обусловлено отсутствием у практического здравоохранения возможностей для становления и укрепления этой службы. Любое новшество, в перспективе способное проявить даже высокую эффективность, на первом этапе нуждается в целевых длительных инвестициях.

Цель данного исследования заключается в оценке состояния ОВП в Российской Федерации, выявлении ее сильных и слабых сторон, определении дальнейших путей развития.

Задачи исследования состоят в количественном анализе объемов и темпов развития ОВП, выявлении влияния ОВП на ключевые демографические, медицинские и социальные показатели общественного развития, оценке зарубежного опыта функционирования ОВП, разработке предложений по интенсификации процесса развития ПМСП в Российской Федерации на принципах ВОП.

Материалы и методы

В исследовании использованы аналитический, социологический и статистический методы. Были изучены отечественные и зарубежные научные публикации по теме исследования преимущественно за последние 5 лет. В качестве основных источников статистической информации использованы официальные статистические сборники по медико-демографическим показателям, заболеваемости населения, ресурсам и деятельности учреждения здравоохранения РФ, подготовленные Центральным научно-исследовательским институтом организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ) Минздрава России и Департаментом мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, размещенные в открытом доступе [7]. Период анализа — с 2007 по 2018 г. При оценке корреляционной связи обеспеченности населения ВОП с основными медико-демографическими показателями, заболеваемостью и смертностью населения был рассчитан параметрический коэффициент корреляции Пирсона (r). Также были использованы результаты социологических исследований, проведенных ЦНИИОИЗ по вопросам отношения населения к работе ВОП и врачей-терапевтов участковых и оценке перемен, происходивших в ходе реформы ПМСП. Объем выборочной совокупности лиц, прикрепленных к общим врачебным практикам, составил 776 опрошенных, жителей терапевтических участков — 797.

Результаты исследования

Численность и обеспеченность населения врачами общей практики

В 2018 г. общая численность ВОП в РФ составила 11 584 физических лица (2,1% общего числа врачей), а обеспеченность ими — 1,3 на 10 тыс. населения. Динамика показателя в 2007—2018 гг. была неравномерной: с 2007 по 2011 г. отмечался устойчивый рост, в 2012—2016 гг. он существенно замедлился и даже наметилась отрицательная тенденция, в 2017 г. он возобновился. За 11 лет численность данной категории специалистов увеличилась на 65,1%, а среднегодовой прирост составил 5,4%.

Основные тенденции в динамике медико-демографических показателей и в уровне здоровья населения

С 2007 по 2018 г. численность населения РФ имела положительную динамику: увеличилась на 3,3% (среднегодовая динамика — 0,3%) и составила в 2018 г. 146 880 тыс. Коэффициент рождаемости за это время увеличился на 1,8% и достиг в 2017 г. 11,5 на 100 тыс. населения, ежегодный рост составил 0,3%.

За это же время была отмечена положительная динамика в смертности населения. Смертность от всех причин в 2008—2017 гг. снизилась на 21,8%, для городского населения снижение составило 13,8%, для сельского — 17,2%. Смертность населения трудоспособного возраста от всех причин за 9 лет уменьшилась на 24,3%.

За эти же годы изменения в показателях общей заболеваемости населения не были столь оптимистичны. Если с 2009 г. было зарегистрировано снижение общей заболеваемости туберкулезом на 47,8%, а смертности на 61,3%, то общая заболеваемость эссенциальной гипертензией уменьшилась только на 15,8%. Рост показателя при ишемической болезни сердца (с 2010 г.) составил 2,8%, при цереброваскулярных болезнях — 1%. На фоне роста общей заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями показатель смертности от них с 2008 по 2017 г. снизился на 18,6%. Существенное увеличение общей заболеваемости имело место при сахарном диабете 2-го типа (показатель за 9 лет вырос на 51%), а заболеваемость ожирением достигла 1379,8 на 100 тыс. населения. С 2012 по 2018 г. выросла общая заболеваемость глаукомой на 13,9% при снижении распространенности катаракты на 0,3%. Наиболее значительный рост общей заболеваемости наблюдался при злокачественных новообразованиях, который с 2007 по 2018 г. составил 180,4%, а число зарегистрированных больных превысило 5000 на 100 тыс. населения. При этом было зафиксировано незначительное (на 2%) уменьшение смертности населения от этих заболеваний.

Наверное, сложно соотнести динамику заболеваемости с происходящими в эти годы развитием ОВП и деятельностью ВОП. Вместе с тем проведенный факторный анализ по широкому кругу показа-

Реформы здравоохранения

телей позволил установить сильную положительную корреляционную связь обеспеченности населения ВОП с общей заболеваемостью злокачественными новообразованиями ($r=0,726$), что указывает на низкую роль ВОП в борьбе с онкологическими заболеваниями. Сильная отрицательная связь обеспеченности населения ВОП (чем выше обеспеченность, тем ниже показатель) имела место только в отношении смертности от всех причин городского населения ($r = -0,854$), смертности от всех причин всего населения ($r = -0,846$); заболеваемости туберкулезом легких ($r = -0,799$) и смертности от всех причин сельского населения ($r = -0,790$).

Удовлетворенность населения

Результаты опроса населения показали достоверно более высокую удовлетворенность работой ВОП по сравнению с терапевтом участковым по следующим параметрам: оказание медицинской помощи на дому (4,06 балла против 3,93 балла по 5-балльной шкале; $p=0,01$), четкость работы персонала (3,91 против 3,66; $p=0,0001$), отношение к пациентам (4,08 против 3,83; $p=0,0001$), санитарно-просветительная работа (3,61 против 3,42; $p=0,02$), контроль за ходом обследования и лечения (3,81 против 3,67; $p=0,02$), личная заинтересованность в решении проблем пациентов (3,86 против 3,58; $p=0,001$). Вместе с тем не было выявлено статистически значимых различий в отношении организации консультаций, профилактической работы, результатов лечения, рекомендаций по планированию семьи. На повышение доступности первичной врачебной медико-санитарной помощи указали 28% городских и 32% сельских жителей.

Обсуждение

Становлению службы ВОП в России еще на первом этапе многими исследователями был определен срок в 30—50 лет [4, 5]. Первый рубеж пройден. В результате достигнуто следующее.

Обеспеченность населения страны ВОП остается недостаточной. Несмотря на отмечающуюся в последние годы положительную тенденцию, прирост и абсолютные значения еще очень низкие. Запланированная к 2010 г. численность в 20 тыс. специалистов [4] не достигнута. Удельный вес ВОП среди врачей всех специальностей остается на уровне 2% против 35—55% в экономически развитых странах [2, 4].

В целом на фоне проведения реформы ПМСП отмечается положительная динамика численности населения, рождаемости и смертности. В то же время общая заболеваемость болезнями, составляющими значительный удельный вес в структуре заболеваемости, смертности и инвалидности, продолжает расти. Статистического подтверждения влияния обеспеченности населения ВОП на большинство из этих показателей получено не было; это указывает на то, что данный специалист пока не управляет здоровьем населения.

Повышение удовлетворенности населения рядом ключевых параметров, характеризующих работу

ВОП, свидетельствует о наличии у него потенциала для управления здоровьем населения. Это также подтверждают результаты исследований, выполненных ранее, согласно которым до начала реформы по внедрению ОВП работой участкового терапевта были удовлетворены лишь 30% населения [4], после внедрения ОВП удовлетворенность превысила 60% [8].

Выстраивание всей системы здравоохранения вокруг фигуры ВОП демонстрирует опыт экономически развитых стран [2]. Но российская модель ОВП является уникальной, так как опирается на лучший опыт советской системы здравоохранения, учитывает специфику населения и его реальные потребности в медицинской помощи.

В соответствии с Приказом МЗиСР РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [9] и Приказом МЗ РФ от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» [10] в РФ ПМСП взрослому населению оказывается ВОП и врачом-терапевтом участковым, детскому — ВОП и педиатром участковым.

В рамках ПМСП совместно с ВОП работают врачи-специалисты: терапевт, хирург, оториноларинголог, офтальмолог, акушер-гинеколог, уролог, стоматолог, специалисты педиатрического профиля. Сопоставление объемов посещений ВОП и участковых терапевтов показало, что в структуре посещений ВОП на долю причин, обусловленных патологией нетерапевтического профиля, приходится 44,8%, участковых терапевтов — 33,4%.

Подобный подход способствует сохранению традиционных для России форм оказания медицинской помощи, но не стимулирует масштабного внедрения новой организационной формы — ОВП (СМ).

Предложения по дальнейшему развитию ПМСП на принципах ОВП

При сохранении участкового принципа обслуживания в России целесообразно развивать две модели ОВП — для города и для сельской местности. Для города с хорошо развитыми службами первичной специализированной медицинской и педиатрической помощи больше подходят принципы работы ВОП, свойственные европейским странам, где он не оказывает медицинскую помощь всему населению. В сельской местности с ограниченной доступностью врачей-специалистов в большей степени может быть использован опыт США и Канады, где ВОП предоставляет медицинскую помощь максимального объема пациентам независимо от пола и возраста и по широкому профилю специальностей [2].

В городе предназначение ВОП прежде всего состоит в оказании квалифицированной медицинской помощи по специальности «терапия» и в необходимом объеме первой врачебной помощи по смежным

специальностям взрослому населению в соответствующем отделении многопрофильной поликлиники. Он не должен, с одной стороны, заменять врачей-специалистов, а с другой — формально выполнять распределительную функцию. Его задача — обеспечивать рациональную маршрутизацию пациентов в зависимости от профиля, объема и уровня сложности необходимой медицинской помощи, поддерживать преемственность на амбулаторном этапе и между стационарным и амбулаторным этапами. Для эффективного функционирования подобной модели ВОП поликлиники следует обеспечить оборудованием с учетом реального объема оказываемой ПМСП и повышения диагностического уровня ВОП. Штат городских поликлиник необходимо укомплектовать врачами — специалистами основных профилей (неврологического, кардиологического, онкологического, инфекционного, геронтологического и др.), выполняющих функцию консультантов ВОП, разработать порядки взаимодействия ВОП и врачей-специалистов, определить границы ответственности.

В сельской местности ВОП должен оказывать ПМСП в условиях центра ОВП пациентам всех возрастных категорий, как мужскому, так и женскому населению. Для обеспечения работоспособности модели также необходимо пересмотреть стандарт оснащения, разработать порядки взаимодействия с врачами-специалистами, оказывающими медицинскую помощь в поликлинических центрах, стационарных условиях.

В штат медицинской организации следует ввести медицинскую сестру общей практики (МСОП) и помощника ВОП (фельдшера) в предпочтительном соотношении с врачебным персоналом 1:1. МСОП может взять на себя обязанности по ведению медицинской документации и выполнению несложных медицинских манипуляций. Помощник ВОП должен осуществлять прием повторных пациентов с целью динамического наблюдения, назначение рутинных обследований, выписку рецептов, а также прием первичных пациентов с несложными случаями острых заболеваний и оказание медицинской помощи на дому, во время приема собирать и фиксировать анамнез пациента. Так, например, в Австралии, где модель ОВП является одной из оптимальных, более 60% ОВП имеют МСОП в своем штате [11].

Численность обслуживаемого населения может остаться без изменения на уровне, регламентированном Приказом № 543н, — 1,5 тыс. взрослого населения или 1,2 тыс. смешанного населения. Это соответствует опыту европейских стран, где данный показатель варьирует от 600 человек в Бельгии до 3,5 тыс. в Турции [12].

То же самое касается и продолжительности приема ВОП. В России она составляет 15—20 мин, в развитых европейских странах продолжительность приема в среднем не менее 15 мин [13].

При оптимизации работы ВОП необходимо обратить внимание на необходимость усиления про-

филактического компонента в его деятельности, включающего первичную профилактику в семье, помощь в формировании здорового образа жизни ее членов, когда врач становится не только на словах ответственным за здоровье всех членов семьи, но и осуществляет контроль за состоянием здоровья лиц с хроническими заболеваниями, проводимым лечением, реабилитационными мероприятиями и медико-социальной помощью. Подобная форма работы имела распространение в ведомственной медицине советского периода.

Отдельного внимания заслуживают вопросы профессиональной подготовки и непрерывного медицинского образования (НМО) ВОП. Опираясь на опыт Европы, США и Канады, где обучение по специальности варьирует в среднем от 3 до 5 лет [2], следует утверждать, что последипломная подготовка по ОВП в РФ должна осуществляться в клинической ординатуре продолжительностью не менее 2 лет для городской модели и не менее 3 лет для сельской. При составлении образовательных программ необходимо учитывать условия оказания медицинской помощи (город, село) и, по возможности, особенности обслуживаемого контингента на будущем месте работы. Для городского ВОП более значимы знания, умения и навыки в области дифференциальной диагностики, коморбидной патологии, медицинского консультирования, планирования семьи, медицинской психологии. Для сельского больший акцент следует делать на подготовке по педиатрии, акушерству и гинекологии, хирургии, офтальмологии, оториноларингологии, неврологии, уделяя значительное время обучению практическим навыкам. Все образовательные программы должны учитывать современные факторы риска развития заболеваний и патологических состояний, тенденции к постарению населения и включать модули по медицинской профилактике и гериатрии. Как показал опыт пандемии новой коронавирусной инфекции, ВОП следует быть готовым к изменению режима работы в кризисной для системы здравоохранения ситуации, уметь проводить первичную диагностику неотложных состояний и опасных заболеваний, осуществлять сортировку пациентов и оказывать неотложную медицинскую помощь [14].

В клинической ординатуре и в случае профессиональной переподготовки по ОВП обучающиеся должны получать базовый объем знаний, умений и навыков. Обучение большему объему компетенций следует осуществлять на этапе НМО. В ходе НМО необходимо широко применять дистанционное и электронное обучение, интерактивные формы, практико-ориентированный и компетентностный подходы, предпочтительно реализовывать обучение в формате краткосрочных узкотематических циклов [15]. Допуск к практической деятельности должен быть индивидуальным и осуществляться строго в соответствии с имеющимися знаниями, умениями и навыками, определенными при аккредитации.

Реформы здравоохранения

С целью методического сопровождения работы ВОП необходимы разработка ведущими профильными экспертами, утверждение на федеральном уровне и регулярное обновление клинических рекомендаций, предназначенных для данного специалиста. Научной основой ОВП должны стать исследования в области общественного здоровья и здравоохранения и клинических специальностей.

Заключение

Повышение доступности и качества ПМСП возможно без основного специалиста, ответственного за их обеспечение. Пока наиболее перспективной моделью организации ПМСП остается специалист в области ОВП. Затягивание процесса развития службы ОВП не способствует формированию врача, непосредственно являющегося лечащим доктором для каждого из членов прикрепленных семей и сопровождающего его на протяжении всей жизни. Тридцатилетний опыт преобразований в ПМСП показал, что ОВП не получила должного системного обеспечения и ее дальнейшее развитие находится под угрозой. На сегодняшний день российскому здравоохранению требуется проведение комплекса мероприятий, направленных на укрепление позиций ОВП на территории всей страны, связанных с совершенствованием и адаптацией ее организационных моделей, координацией их деятельности с другими службами здравоохранения и социальными службами, модернизацией оснащения рабочих мест ВОП, совершенствованием подготовки; обеспечением надлежащим методическим и научным сопровождением.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254 «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326> (дата обращения 13.01.2021).
2. Arya N., Gibson C., Ponka D. Family medicine around the world: overview by region. *Canad. Fam. Phys.* 2017;63:436—41.
3. Денисов И. Н., Мовшович Б. Л. Общая врачебная практика (семейная медицина): Практическое руководство. М.: ГОУ ВУНМЦ; 2005. 1000 с.
4. Денисов И. Н. Общая врачебная практика (семейная медицина): процесс становления и перспективы развития. *Вестник семейной медицины.* 2004;1(01):4—9.
5. Комаров Ю. М. Проблемы теории и практики здравоохранения в переходный период и пути их решения. Избранные научные труды и публикации за последние годы. М.: НИО «Медсоцэкономинформ» Минздрава России; 1999. 49 с.
6. Таджиев И. Я., Белостоцкий А. В., Камынина Н. Н. Развитие общей врачебной (семейной) практики в Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2018;26(1):20—5.
7. Статистические материалы Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Режим доступа: <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika> (дата обращения 13.01.2021).
8. Лаврищева Г. А. Опыт управления качеством медицинской помощи в общей врачебной практике. *Проблемы стандартизации в здравоохранении.* 2006;(7):6—8.

9. Приказ МЗиСР РФ от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (ред. от 03.12.2019 г.). Режим доступа: <http://base.garant.ru/70195856/> (дата обращения 13.01.2021).
10. Приказ МЗ РФ от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71825984/> (дата обращения 13.01.2021).
11. Halcomb E., Stephens M., Bryce J. The development of professional practice standards for Australian general practice nurses. *J. Advanc. Nurs.* 2017;73(8):1958—69. doi: 10.1111/jan.13274
12. McCarthy M. Out of hours: Sustainable general practice: looking across Europ. *Brit. J. General Pract.* 2016;66(642):36. doi: 10.3399/bjgp16X683233
13. Irving G., Neves A. L., Dambha-Miller H. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open.* 2017;7:e017902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902
14. Marshall M. COVID-19: a danger and an opportunity for the future of general practice. *Brit. J. General Pract.* 2020;70(695):270—1.
15. Van Nieuwenborg L., Goossens M., De Lepeleire J., et al. Continuing medical education for general practitioners: a practice format. *Postgrad. Med. J.* 2016;92:217—22.

Поступила 30.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Decree of the President of the Russian Federation dated 06.06.2019 No. 254 «On the strategy for the development of health care in the Russian Federation for the period until 2025» [*Ukaz Prezidenta Rossiyskoy Federatsii ot 06.06.2019 № 254 «O strategii razvitiya zdavoookhraneniya v Rossiyskoy Federatsii na period do 2025 goda»*]. Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326> (accessed 13.01.2021) (in Russian).
2. Arya N., Gibson C., Ponka D. Family medicine around the world: overview by region. *Canad. Fam. Phys.* 2017;63:436—41.
3. Denisov I. N., Movshovich B. L. General medical practice (family medicine): A practical guide [*Obshchaya vrachebnaya praktika (semeynaya meditsina): Prakticheskoye rukovodstvo*]. Moscow: GOU VUNMITS; 2005. 1000 p. (in Russian).
4. Denisov I. N. General medical practice (family medicine): the process of formation and development prospects. *Vestnik semeynoy meditsiny.* 2004;1(01):4—9 (in Russian).
5. Komarov Yu. M. Problems of the theory and practice of healthcare in transition and ways to solve them. Selected scientific papers and publications in recent years [*Problemy teorii i praktiki zdavoookhraneniya v perekhodnyy period i puti ikh resheniya. Izbrannyye nauchnyye trudy i publikatsii za posledniye gody*]. Moscow: Research Institute Medsotsekonominform of the Ministry of Health of Russia; 1999. 49 p. (in Russian).
6. Tajiev I. Ya., Belostotsky A. V., Kamynina N. N. Development of general medical (family) practice in the Russian Federation. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny.* 2018;26(1):20—5 (in Russian).
7. Statistical materials of the Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation [*Statisticheskiye materialy Federal'nogo gosudarstvennogo byudzhethnogo uchrezhdeniya «Tsentral'nyy nauchno-issledovatel'skiy institut organizatsii i informatizatsii zdavoookhraneniya» Ministerstva zdavoookhraneniya Rossiyskoy Federatsii*]. Available at: <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika> (accessed 13.01.2021) (in Russian).
8. Lavrishcheva G. A. Experience in managing the quality of medical care in general medical practice. *Problemy standartizatsii v zdavoookhraneni.* 2006;(7):6—8 (in Russian).
9. Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation dated 05.15.2012 No. 543n «On approval of the provision on the organization of primary health care for adults» (as amended on 03.12.2019) [*Prikaz MZiSR RF ot 15.05.2012 № 543n «Ob utverzhdenii polozheniya ob organizatsii okazaniya pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi vzrosloму naseleniyu» (red. ot 03.12.2019 g.)*]. Available at: <http://base.garant.ru/70195856/> (accessed 13.01.2021) (in Russian).
10. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 07.03.2018 No. 92n «On approval of the provision on the organization of primary health care for children» [*Prikaz MZ RF ot 07.03.2018 № 92n «Ob utverzhdenii polozheniya ob organizatsii oka-*

- zaniya pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi detyam»]. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71825984/> (accessed 13.01.2021) (in Russian).*
11. Halcomb E., Stephens M., Bryce J. The development of professional practice standards for Australian general practice nurses. *J. Advanc. Nurs.* 2017;73(8):1958—69. doi: 10.1111/jan.13274
 12. McCarthy M. Out of hours: Sustainable general practice: looking across Europ. *Brit. J. General Pract.* 2016;66(642):36. doi: 10.3399/bjgp16X683233
 13. Irving G., Neves A. L., Dambha-Miller H. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open.* 2017;7:e017902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902
 14. Marshall M. COVID-19: a danger and an opportunity for the future of general practice. *Brit. J. General Pract.* 2020;70(695):270—1.
 15. Van Nieuwenborg L., Goossens M., De Lepeleire J., et al. Continuing medical education for general practitioners: a practice format. *Postgrad. Med. J.* 2016;92:217—22.

Абубакиров А. С., Зудин А. Б.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ И МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРАКТИКЕ

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

Формирование и развитие системы медицинского страхования граждан в настоящее время привлекает внимание экспертов медицинской сферы и рынка страхования. Возможности использования зарубежной практики формирования и организации медицинского страхования, включая направления совершенствования моделей финансирования системы здравоохранения в зарубежных странах, и внедрение опробованных в мировой практике механизмов ресурсного обеспечения отрасли здравоохранения заслуживают внимания исследователей с целью совершенствования финансовых институтов российской системы обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования.

Полис обязательного медицинского страхования в России и в зарубежных странах позволяет гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования, проходить обследование и получать лечение в медицинских организациях в установленном на государственном уровне объеме. Популярность полиса добровольного медицинского страхования в стране имеет зависимость от качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования и объема услуг, которые гарантируются в рамках обязательного медицинского страхования.

К л ю ч е в ы е с л о в а : обязательное медицинское страхование; здравоохранение; добровольное медицинское страхование; программа государственных гарантий; социальная защита.

Для цитирования: Абубакиров А. С., Зудин А. Б. Сравнительный анализ программ обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования в российской и международной практике. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):313—315. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-313-315>

Для корреспонденции: Зудин Александр Борисович, д-р мед. наук, директор ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: zudin@nptemp.ru

Abubakirov A. S., Zudin A. B.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF MANDATORY AND VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE IN NATIONAL AND INTERNATIONAL PRACTICE

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

Nowadays, the formation and development of medical insurance system of citizens attracts attention of experts in the medical field and the insurance market. The possibilities of using foreign practice in the formation and organization of medical insurance, including improving of models of financing health care system in foreign countries and implementation of mechanisms of resource support of health care industry tested in world practice, deserve interest of researchers in order to enhance financial institutions of national system of mandatory and voluntary medical insurance. In Russia and foreign countries, the mandatory medical insurance policy allows citizens insured in mandatory medical insurance system, to undergo examination and receive treatment in medical organizations in amount established at the state level. In Russia, popularity of the voluntary medical insurance policy depends on medical care quality in the mandatory medical insurance system and volume of services guaranteed within the framework of mandatory medical insurance.

К e y w o r d s : mandatory medical insurance; health care; voluntary medical insurance; state guarantees program; social protection.

For citation: Abubakirov A. S., Zudin A. B. The comparative analysis of mandatory and voluntary medical insurance in national and international practice. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):313—315 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-313-315>

For correspondence: Zudin A. B., doctor of medical sciences, the Director of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: zudin@nptemp.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.09.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

В последнее время институциональные преобразования в системах здравоохранения в России и за рубежом находятся в тесной взаимосвязи с формированием и развитием системы медицинского страхования граждан, привлекая внимание экспертов медицинской сферы и рынка страхования [1—4]. Установлено, что возможности использования зарубежной практики формирования и организации ме-

дицинского страхования, включая направления совершенствования моделей финансирования системы здравоохранения в зарубежных странах, и внедрение опробованных в мировой практике механизмов ресурсного обеспечения отрасли здравоохранения вызывают интерес в плане совершенствования финансовых институтов российской системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и добровольного медицинского страхования (ДМС) [5, 6].

Вопросы об оправданности введения системы ОМС в России и результативности системы здравоохранения в целом притягивают внимание ученых и общества [7]. Система ОМС в России функционирует уже на протяжении 27 лет. Тем не менее в дискуссиях широко общественнойности в средствах массовой информации с постоянной регулярностью обсуждаются недостатки и преимущества новых механизмов финансирования системы здравоохранения перед существовавшей ранее бюджетной системой финансирования медицинской сферы. Актуальными остаются вопросы о направлениях повышения эффективности использования ресурсов системы здравоохранения и усиления влияния на качество и доступность медицинской помощи для соотечественников.

Материалы и методы

Авторами проведен анализ нормативно-правовой базы, регламентирующей сферу медицинского страхования на территории Российской Федерации и за рубежом и обеспечивающей реализацию ОМС и ДМС [8].

В исследование был включен опрос, проведенный среди присутствовавших на круглом столе «Медицинское страхование в России: качество и доступность медицинской помощи» (Санкт-Петербург, 25 января 2020 г.) топ-менеджеров медицинских организаций частного сектора и государственной формы собственности, экспертов ведущих российских страховых компаний-лидеров рынков ДМС и ОМС, представителей органов государственной власти.

Результаты исследования

ОМС, являясь обязательным, позволяет гражданам РФ и застрахованным в системе ОМС иностранным гражданам и лицам без гражданства получать бесплатное медицинское обслуживание в со-

ответствии с закрепленным законодательством объемом гарантированной медицинской помощи при наступлении страхового случая или ухудшении состояния здоровья. Оплата медицинской помощи при обращении в медицинскую организацию (государственную поликлинику или частную клинику, входящую в реестр организаций, работающих в системе ОМС) по полису ОМС производится страховой медицинской организацией (СМО) за счет средств фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) из федерального бюджета. Законодательством РФ предусмотрены ежемесячные отчисления в фонд ОМС за работающих граждан — работодателями, за неработающее население — региональными бюджетами [8].

ДМС представляет собой вид индивидуального страхования, предусматривающий медицинское обслуживание по выбранной страховой программе, которая включает определенный перечень медицинских услуг в медицинских организациях, заключивших договор с СМО. Объем оказываемых в рамках ДМС медицинских услуг и перечень обслуживаемых медицинских организаций зависят от выбранной страховой программы. В системе ДМС страховая премия страховой медицинской организации при заключении договора оплачивается средствами самого застрахованного лица, либо страхователя (работодателя и др.).

В качестве основного различия для граждан Российской Федерации между системами ОМС и ДМС можно выделить «бесплатность» полиса ОМС для пациента, в то время как приобретение полиса ДМС осуществляется на платной основе.

За рубежом медицинская помощь в системе ОМС развита хорошо, тем не менее ДМС и его аналоги также пользуются большой популярностью. В таблице на примере нескольких стран приведена характеристика ДМС.

Характеристика программ ОМС и ДМС в зарубежных странах

Страна	ОМС	ДМС
Германия	Система ОМС считается одной из самых развитых в мировом сообществе. Каждому жителю страны предписано иметь медицинскую страховку. Около 90% жителей предпочитают страховаться в государственном секторе. Государством финансируются научные исследования в сфере медицины, позволяя стране развиваться в медицинских направлениях	Полис ДМС стоит примерно 10% от зарплаты, но половину страховой премии оплачивает работодатель. ДМС позволяет получать медицинские услуги экстра-класса, не покрываемые за счет ОМС
Франция	Государственное финансирование медицинской страховки в рамках ОМС в последние годы существенно снизилось	Снижение финансирования ОМС способствовало росту интереса к полису ДМС, найдя также поддержку со стороны государства, которое сделало для самых бедных слоев такой полис бесплатным, а для корпоративного страхования ввело специальный налоговый режим
Великобритания	Согласно данным Фонда Содружества, Великобритания находится на первом месте по уровню организации системы здравоохранения среди развитых стран мира. Жители Великобритании могут получать медицинскую помощь бесплатно, однако все же 11% населения предпочитают обращаться к услугам частной медицины	Англичане приобретают полисы ДМС, если не хотят ждать, когда подойдет очередь на лечение, обеспечиваемое Национальной службой здравоохранения, либо предпочитая более высокий сервис при лечении в стационаре. Для своих сотрудников британские компании приобретают полисы ДМС в качестве дополнительного бонуса для стимулирования персонала
Израиль	Простая, но эффективная система медицинского страхования финансируется за счет государства. Базовый набор медицинских услуг, охрана материнства и детства, неотложная и психиатрическая помощь осуществляются сетью государственных больниц	В Израиле на рынке медицинского страхования конкурируют «больничные кассы»: Клатит, Маккаби, Меухедет, Леумит. Законодательством установлена обязанность регистрации каждого жителя в одной из таких касс
США	Самая дорогостоящая система здравоохранения, имеющая низкую эффективность	Большая часть граждан, имеющих частную медицинскую страховку, получают ее за счет работодателя. Данные Бюро переписи населения США свидетельствуют, что около 60% американцев застрахованы за счет работодателя и только 9% покупают страховку напрямую

Реформы здравоохранения

Необходимо отметить, что помимо ОМС и ДМС в России сегодня существует также система международного медицинского страхования (ММС). Наличие полиса ММС позволяет проходить обследование и получать лечение в лучших медицинских клиниках и центрах России, Европы, Азии и США. Покрытие полиса в системе ММС значительно шире, чем в рамках ДМС, включает лечение онкологических и других серьезных заболеваний, в том числе протезирование, лекарственное обеспечение, пересадку органов и другие комплексы медицинской помощи.

Обсуждение

По мнению участников опроса — присутствовавших на круглом столе «Медицинское страхование в России: качество и доступность медицинской помощи» топ-менеджеров медицинских организаций частного сектора и государственной формы собственности, экспертов ведущих российских страховых компаний-лидеров рынков ДМС и ОМС, представителей органов государственной власти, главной проблемой системы медицинского страхования в России является дублирование медицинских услуг по полису ОМС и ДМС — такой позиции придерживается 48% опрошенных участников круглого стола. Эта проблема тормозит развитие рынка ДМС. По мнению работников медицинской сферы, существенных преимуществ от вступления организаций здравоохранения в систему ДМС не представлено, существует навязывание СМО условий работы по ДМС. Как полагают 44% опрошенных, для повышения эффективности медицинского страхования в настоящее время необходимо определить место ДМС в системе здравоохранения.

В качестве основного недостатка действующей системы медицинского страхования 84% врачей высказали иную точку зрения. Они считают, что качество и доступность медицинских услуг, оказываемых в рамках ОМС, находятся на низком уровне.

Врачебный состав медицинских организаций негативно оценивает вступление и работу медицинских организаций в системе ДМС: 46% присутствующих врачей полагают, что, начиная работу по программам ДМС, медицинская организация ухудшает условия их работы, и лишь 20% полагают, что условия работы улучшаются. В то же время большинство (76%) опрошенных врачей придерживаются точки зрения, что начало работы медицинской организации по программам ДМС не может снизить объем неофициальных платежей от пациентов.

Заключение

Полис ОМС в России и в зарубежных странах позволяет гражданам, застрахованным в системе ОМС, проходить обследование и получать лечение в медицинских организациях в установленном на государственном уровне объеме. И в России, и за рубежом работодатели для привлечения квалифицированных специалистов и удержания их в компании оплачивают своим работникам полисы ДМС.

Самостоятельно жители приобретают полис ДМС для получения доступа к частным клиникам и медицинским центрам, специалистам высокой категории и первоклассному сервису. Популярность полиса ДМС в стране имеет зависимость от качества медицинской помощи в системе ОМС и объема услуг, которые гарантируются в рамках ОМС.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Абубакиров А. С., Амонова Д. С., Ананченкова П. И., Зудин А. Б., Снегирева Ю. Ю. Медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования. Москва — Берлин: Директ-Медиа; 2019. 168 с.
2. Шейман И. М., Терентьева С. В. Эмпирические оценки бюджетной и страховой моделей финансирования здравоохранения. *Экономическая политика*. 2015;(6):171—93.
3. Штахова А. А., Батыева Е. Н. Обязательное государственное медицинское страхование как гарантия социальных выплат. *Экономика и социум*. 2017;(6—2):642—4.
4. Мартов С. Н. Проблемы развития обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. *Финансы и кредит*. 2018;24(9):2120—36.
5. Рагозин А. В., Кравченко Н. А., Розанов В. Б. Сравнение национальных систем здравоохранения стран, использующих страховую и бюджетную модели финансирования. *Здравоохранение*. 2012;(12):3—37.
6. Шейман И. М., Шишкина С. В. (ред.). Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи. М.: Дело; 2010. 232 с.
7. Противостояние логик: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы здравоохранения. Сводный аналитический отчет. М.: Аналитический центр Юрия Левады; 2016. 60 с.
8. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения 03.11.2020).

Поступила 12.09.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Abubakirov A. S., Amonova D. S., Ananchenkova, P. I., Zudin A. B., Snegireva Yu. Yu. Medical assistance in the system of compulsory health insurance [*Meditsinskaya pomoshch' v sisteme obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya*]. Moscow — Berlin: Direct-Media; 2019. 168 p. (in Russian).
2. Sheiman I. M., Terent'eva S. V. Empirical estimates of the budgetary and insurance models of health care financing. *Ekonomicheskaya politika*. 2015;(6):171—93 (in Russian).
3. Shtakhova A. A., Batyeva E. N. Obligatory state medical insurance as a guarantee of social payments. *Ekonomika i sotsium*. 2017;(6—2):642—4 (in Russian).
4. Martov S. N. Problems of the development of compulsory medical insurance in the Russian Federation. *Finansy i kredit*. 2018;24(9):2120—36 (in Russian).
5. Ragozin A. V., Kravchenko N. A., Rozanov V. B. Comparison of national health systems of countries using insurance and budgetary financing models. *Zdravookhraneniye*. 2012;(12):3—37 (in Russian).
6. Sheiman I. M., Shishkin S. V. (eds). Modernization of healthcare: a new situation and new tasks [*Modernizatsiya zdravookhraneniya: novaya situatsiya i novyye zadachi*]. Moscow: Delo; 2010. 232 p. (in Russian).
7. Opposition of logics: doctor, patient and authority in the context of reforming the healthcare system. Consolidated analytical report [*Protivostoyaniye logik: vrach, patsiyent i vlast' v usloviyakh reformirovaniya sistemy zdravookhraneniya. Svodnyy analiticheskiy otchet*]. Moscow: Yuri Levada Analytical Center; 2016. 60 p. (in Russian).
8. Federal Law No. 326-FZ of November 29, 2010 (as amended on April 24, 2020) «On compulsory health insurance in the Russian Federation» [*Federal'nyy zakon ot 29.11.2010 № 326-FZ (red. ot 24.04.2020) «Ob obyazatel'nom meditsinskom strakhovanii v Rossiyskoy Federatsii*»]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (accessed 03.11.2020) (in Russian).

© Коллектив авторов, 2021
УДК 616-006.04:614.2(470.44)

Еругина М. В., Кром И. Л., Шмеркевич А. Б., Еремина М. Г., Балакина Д. Д., Водолагин А. В.

ВЕРИФИКАЦИЯ СИСТЕМНЫХ ФАКТОРОВ ОРГАНИЗАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского» Минздрава России, 410012, г. Саратов

Онкологические заболевания существенно влияют на состояние общественного здоровья современной России. Проведено исследование организации онкологической помощи в Саратовской области, имеющей ряд территориально-демографических и медико-социальных особенностей, влияющих на онкологическую ситуацию в регионе. Цель исследования — верификация системных факторов, определяющих особенности организации онкологической помощи в Саратовской области. Для формирования объективного понимания специфики организации онкологической помощи в регионе авторами проведено медико-социологическое фокус-групповое исследование, в котором приняли участие 12 экспертов-онкологов и организаторов здравоохранения. Гайд-сценарий, разработанный авторами для проведения фокус-группового исследования, включал обсуждение экспертами тенденций организации региональной системы онкологической помощи и направлений совершенствования континуума онкологической помощи. Анализ полученных данных выполнен в соответствии с указанным сценарием. Проведенное фокус-групповое исследование, формируя объективное понимание специфики региона и организации онкологической помощи, предопределило верификацию и ранжирование системных факторов, оказывающих существенное влияние на континуум онкологической помощи.

К л ю ч е в ы е с л о в а : организация онкологической помощи; системные факторы; территориально-демографические и медико-социальные характеристики; специфика региона; континуум онкологической помощи.

Для цитирования: Еругина М. В., Кром И. Л., Шмеркевич А. Б., Еремина М. Г., Балакина Д. Д., Водолагин А. В. Верификация системных факторов организации онкологической помощи в Саратовской области. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):316—321. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-316-321>

Для корреспонденции: Еругина Марина Васильевна, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), e-mail: erugina@sgmu.ru

Erugina M. V., Krom I. L., Shmerkevich A. B., Eremina M. G., Balakina D. D., Vodolagin A. V.

THE VERIFICATION OF SYSTEMIC FACTORS OF ONCOLOGY CARE ORGANIZATION IN THE SARATOV OBLAST

V. I. Razumovsky Saratov State Medical University of the Minzdrav of Russia, 410012, Saratov, Russian Federation

In Russia, the oncological diseases significantly impact public health. The study of oncological medical care organization in the Saratov Oblast, that has a number of territorial demographic and medical social characteristics, affecting oncological situation, was carried out. The purpose of the study is to verify systemic factors determining specific characteristics of the oncological medical care organization in the Saratov Oblast. Materials and methods. To elaborate objective comprehension of specific characteristics of the oncological medical care organization in the Saratov Oblast medical and sociological focus groups study was carried out, involving sampling of 12 experts oncologists and health care organizers. The results. The original guide scenario developed for the focus group study included expert discussion on trends in oncological medical care organization at the Oblast level and directions of improving continuum of oncological care. The study data analysis was implemented in accordance with specified scenario. Conclusion. The focus group study elaborated objective understanding of the specific characteristics of oncological medical care organization in the Oblast and predetermined verification and ranking of systemic factors that significantly impact the continuum of oncological care.

Key words: organization of oncological care; systemic factors; territorial demographic; medical social; characteristics; specificity of the Oblast; continuum of oncological care.

For citation: Erugina M. V., Krom I. L., Shmerkevich A. B., Eremina M. G., Balakina D. D., Vodolagin A. V. The verification of systemic factors of oncology care organization in the Saratov Oblast. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):316—321 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-316-321>

For correspondence: Erugina M. V., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Public Health and Health Care with Courses of Jurisprudence and History of Medicine of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The V. I. Razumovsky Saratov State Medical University" of Minzdrav of Russia. e-mail: erugina@sgmu.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 22.06.2020
Accepted 29.10.2020

Введение

Онкологические заболевания, как одна из основных причин заболеваемости, инвалидности и смертности населения, в том числе трудоспособного возраста, существенно влияют на состояние общественного здоровья современной России.

Новообразования занимают 2-е место (2018) в структуре общей смертности и 1-е место в структуре

первичной инвалидности (2018 г. — 18,4 на 10 тыс. населения) в Российской Федерации и в Саратовской области [1].

Рассмотрим ситуацию с организацией онкологической помощи в Саратовской области¹.

В регионе первичная специализированная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь онкологическим больным представлена

Реформы здравоохранения

62 первичными онкологическими кабинетами, расположенными в г. Саратове и 38 районах области, и специализированными учреждениями — Областным клиническим онкологическим диспансером (ОКОД) и рядом медицинских организаций, имеющих онкологические отделения или койки онкологического профиля. Охват специализированным лечением пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, составляет 67%. Специализированная медицинская помощь населению при онкологических заболеваниях организована на 579 койках онкологического и радиологического профиля.

Ведущим онкологическим учреждением в регионе является ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер».

Число онкологических коек в Саратовской области составило 429.

Обращает на себя внимание низкая для Российской Федерации обеспеченность онкологическими койками, которая в 2018 г. составляла 1,75 (в РФ — 2,4) на 10 тыс. населения. При этом число впервые выявленных онкологических заболеваний в регионе составило 39,6 на 1 тыс. населения (по РФ — 59,4). В регионе функционирует 150 развернутых радиологических коек, показатель обеспеченности указанными койками — 0,61 на 10 тыс. населения (по РФ — 0,54). Дефицит коечной мощности онкологического профиля частично нивелируется организацией оказания специализированной медицинской помощи в медицинских организациях негосударственной формы собственности, федеральных и ведомственных медицинских организациях. Обеспеченность онкологических больных высокотехнологичной медицинской помощью (ВМП) в регионе составляет 90% благодаря процессу интеграции отдельных видов (методов) лечения в базовую программу ОМС (раздел ВМП в системе ОМС) [2].

По итогам 2018 г. в региональных медицинских организациях число штатных единиц врачей-онкологов составило 165,75, из них занятых ставок было 121,75.

Медицинское оборудование организаций системы первичной медико-санитарной помощи устарело, требует замены и обновления для обеспечения своевременного выявления злокачественных новообразований. Материально-техническая база ОКОД также не соответствует современным требованиям к оснащению организаций соответствующего профиля и подлежит модернизации².

¹ Постановление Правительства Саратовской области от 25.06.2019 № 444-П. «Об утверждении Региональной программы Саратовской области «Борьба с онкологическими заболеваниями» (с изменениями на 26 сентября 2019 года)». Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/467722325#loginform> (дата обращения 28.03.2020).

² Постановление Правительства Саратовской области от 25.06.2019 № 444-П «Об утверждении Региональной программы Саратовской области «Борьба с онкологическими заболеваниями» (с изменениями на 26 сентября 2019 года)». Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/467722325#loginform> (дата обращения 28.03.2020).

В медицинских организациях региона функционирует весь необходимый набор структурных подразделений, которые призваны осуществлять профилактические осмотры, контролировать их качество с целью ранней диагностики предопухолевых и онкологических заболеваний населения Саратовской области.

Основные задачи онкологической службы определены приказом Минздрава России от 03.12.2009 № 944н³, который утверждает порядок оказания медицинской помощи пациентам онкологического профиля. К ним относятся: ведение учета онкологических больных; анализ эпидемиологических показателей, характеризующих распространенность злокачественных новообразований; организация системы оказания медицинской помощи и диспансерного наблюдения за больными указанного профиля; оценка эффективности деятельности онкологических учреждений; разработка в регионе противораковых мероприятий; организация санитарно-просветительной работы по профилактике и предупреждению злокачественных новообразований.

Для решения поставленных задач необходима концептуализация формирования континуума онкологической помощи в регионе [3].

Приказ Минздрава РФ от 12.11.2012 № 915н⁴ возлагает на онкологические диспансеры осуществление координации работы различных медицинских организаций, деятельность которых связана в том числе с реабилитацией и паллиативной помощью. Организация паллиативной помощи больным с хроническими заболеваниями является обязательством субъекта Российской Федерации и включает интеграцию системы в территориальную программу развития здравоохранения.

В России отсутствует единая модель организации паллиативной помощи, что обусловлено разнообразием субъектов Российской Федерации по их географическому положению, демографическим, экономическим показателям и предопределяет индивидуальный подход при формировании региональной системы паллиативной помощи [4].

Цель исследования — верификация системных факторов, определяющих особенности организации онкологической помощи в Саратовской области.

Материалы и методы

Для формирования объективного понимания специфики организации онкологической помощи в регионе в июне 2019 г. проведено фокус-групповое исследование, в котором приняли участие 12 экс-

³ Приказ Минздрава РФ от 03.12.2009 № 944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях». ИПС ГАРАНТ. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/12071697/> (дата обращения 28.03.2020).

⁴ Приказ Минздрава РФ от 12.11.2012 № 908н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «детская эндокринология». ИПС КОНСУЛЬТАНТПЛЮС. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_139609/ (дата обращения 28.03.2020).

пертов-онкологов и организаторов здравоохранения.

Целью социологического исследования «Потенциал системы онкологической помощи в Саратовской области» явилось изучение экспертных мнений о функционировании, возможностях и направлениях совершенствования системы онкологической помощи в Саратовской области.

При проведении фокус-группового исследования выполнены условия, определяющие получение достоверных данных: компетентность экспертов, полнота и четкость формулировки вопросов, независимость оценок [5].

Гайд-сценарий, разработанный авторами для проведения фокус-группового исследования, включал обсуждение экспертами тенденций организации региональной системы онкологической помощи и направлений совершенствования континуума онкологической помощи.

В соответствии с гайдом фокус-группы обсуждались следующие вопросы:

- тенденции организации региональной системы онкологической помощи;
- направления совершенствования континуума онкологической помощи.

Анализ полученных данных выполнен в соответствии с указанным сценарием.

Результаты исследования

1. Тенденции организации региональной системы онкологической помощи

В последние годы в регионе инициирован процесс реформирования системы онкологической помощи. Этот процесс связан с вступлением в действие нормативно-правовых документов федерального уровня, регламентирующих изменения региональных систем онкологической помощи. Специализированная медицинская помощь онкологическим больным оказывается в онкологических диспансерах и медицинских организациях с круглосуточными койками онкологического профиля.

В Саратовской области сформирован региональный регистр пациентов с онкологическими заболеваниями, с 2019 г. в Медицинской информационной системе (МИС) функционирует онкокластер. В Саратовском государственном медицинском университете и медицинских колледжах региона осуществляется подготовка медицинских кадров для оказания паллиативной помощи.

Однако, по мнению экспертов, несмотря на современные достижения в лечении пациентов с онкологическими заболеваниями, пациенты часто лишены необходимой медицинской помощи (эксперт В., стаж 7 лет; эксперт И., стаж 21 год). Региональная модель онкологической помощи часто не отвечает потребностям больных (эксперт И., стаж 21 год).

Вопросы организации в регионе специализированной и паллиативной медицинской помощи он-

кологическим больным вызвали противоречивую оценку экспертов.

Укомплектованность первичных онкологических кабинетов в регионе составляет 34,4%, что не позволяет обеспечить доступность и своевременность оказания первичной медицинской специализированной помощи (эксперт О., стаж 8 лет). Кроме того, в области отсутствуют первичные онкологические отделения и центры амбулаторной онкологической помощи. В результате сроки обследования до установки окончательного диагноза и начала лечения не всегда соответствуют нормативным (эксперт Е., стаж 8 лет). В Саратовской области сохраняются значительные трудности в доступности онкологической помощи и своевременности начала лечения.

В регионе имеется дисбаланс в соотношении онкологических коек хирургического и химиотерапевтического профиля (эксперт К., стаж 22 года; эксперт В., стаж 7 лет; эксперт И., стаж 21 год). Отдельная статистика по их соотношению не ведется (отсутствует стандартизованный целевой показатель). При этом химиотерапевтические койки сконцентрированы преимущественно в ОКОД, в то время как хирургические развернуты во многих стационарах различной формы собственности и ведомственной принадлежности. Развернутое количество коек не позволяет обеспечить в 100% случаев своевременное начало химиотерапевтического лечения, существует очередь на госпитализацию. Койки работают со значительной перегрузкой, поскольку количество пациентов, получающих химиотерапию, ежегодно увеличивается за счет более раннего начала лечения, продолжительность жизни пациентов увеличивается, большое количество из них «доживает» до завершения полного цикла химиотерапии (эксперт Л., стаж 8 лет). Таким образом, необходим пересмотр соотношения хирургических и химиотерапевтических коек в имеющемся коечном фонде либо увеличение числа химиотерапевтических коек (эксперт К., стаж 22 года).

Доступность радиологической помощи определяется не столько количеством коек, сколько количеством лучевых установок (эксперт Г., стаж 34 года). В Саратовской области, несмотря на превышение по обеспеченности радиологическими койками общероссийских показателей, имеется выраженный дефицит лучевых установок: их количество меньше расчетного в 2 раза, отсутствуют высокодозовые установки. В результате в регионе отмечается недостаточная доступность лучевой терапии, очередь на госпитализацию (эксперт И., стаж 21 год), имеется значительная перегрузка имеющегося оборудования. Важно, как отметили эксперты, адекватное соотношение коек круглосуточного и дневного пребывания для увеличения проходимости через лучевые установки, приоритет коек дневного пребывания (эксперт И., стаж 21 год; эксперт Г., стаж 34 года).

Эксперты отмечают, что основным принципом ведения больных с онкологическим заболеванием

Реформы здравоохранения

при хроническом течении болезни является принцип эффективного лечения больных в амбулаторных условиях, что уменьшает частоту госпитализации. Однако амбулаторный этап специализированной паллиативной помощи в регионе недостаточно организован (эксперт М., стаж 15 лет). Требуется расширение сети паллиативных кабинетов, выездных патронажных служб, создание в регионе дневных стационаров, которых в настоящее время крайне мало (эксперт О., стаж 8 лет).

Проблема оказания паллиативной помощи онкологическим больным остается в регионе чрезвычайно актуальной. Паллиативная помощь данной категории пациентов оказывается преимущественно на койках отделения ГУЗ ОКОД (10 коек), мощности которых не хватает, чтобы удовлетворить существующую потребность региона, в котором проживает 2,4 млн человек (эксперт Р., стаж 28 лет). В районах области преимущественно функционируют койки сестринского ухода, не в полной мере обеспечивающие необходимый уровень медицинской помощи паллиативным больным. Эти койки, как правило, выполняют «социальную» функцию. Специализированная паллиативная помощь на них не оказывается, необходимо перепрофилирование части коек сестринского ухода в паллиативные койки (эксперт С., стаж 19 лет).

Таким образом, отсутствие на протяжении последних лет в Саратовской области положительной динамики показателей, характеризующих доступность и качество онкологической помощи, обусловлено нерешенными проблемами:

- дефицитом медицинских кадров;
- недостатком современного медицинского оборудования;
- ограничением доступности онкологической помощи для жителей удаленных от районных и областных центров территорий;
- установлением диагноза в поздние сроки заболевания.

2. Направления совершенствования континуума онкологической помощи

В процессе обсуждения предложено определение континуума онкологической помощи в зависимости от тяжести и продолжительности заболевания.

В нетерминальных стадиях заболевания континуум включает первичную специализированную медико-санитарную, специализированную медицинскую помощь, медико-социальную реабилитацию и паллиативную помощь; в терминальных стадиях болезни — паллиативную помощь в сочетании с паллиативной реабилитацией.

Эксперты полагают, что стратегии помощи больным с онкологическими заболеваниями наиболее эффективны при междисциплинарном взаимодействии врачей. Однако в региональной системе отсутствует мотивация врачей к совместной работе (эксперт П., стаж 31 год). Создание полноценной амбулаторной сети оказания паллиативной помощи позволит уменьшить потребность в стационарном

лечении данной категории пациентов и повысить доступность паллиативной помощи населению Саратовской области (эксперт М., стаж 15 лет; эксперт Е., стаж 8 лет).

По мнению экспертов, разработка и активное внедрение профилактических программ в регионе для предупреждения (минимизации) факторов риска онкологических заболеваний позволит повлиять на уровень заболеваемости.

Перспективы развития системы онкологической помощи в Саратовской области связаны с совершенствованием организационных технологий оказания онкологической помощи в регионе (эксперт Г., стаж 34 года), технологическим и кадровым обеспечением медицинских организаций для оказания онкологической помощи (эксперт С., стаж 19 лет).

В дискуссии было высказано мнение (эксперт Р., стаж 28 лет; эксперт Г., стаж 34 года) о необходимости разработки механизмов интеграции уровней и направлений развития системы онкологической помощи с целью повышения качества медицинской помощи.

Возможности совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи онкологическим больным в регионе эксперты связывают в том числе с развитием механизмов государственно-частного партнерства (эксперт С., стаж 19 лет), интеграцией медицинских организаций разных форм собственности при оказании медицинской помощи онкологическим больным (эксперт М., стаж 15 лет), устранением сдерживания развития государственно-частного партнерства (эксперт К., стаж 22 года). Эксперты убеждены, что механизм государственно-частного партнерства будет способствовать развитию региональной системы паллиативной помощи. Формирование преемственности в работе медицинских организаций позволит повысить доступность и качество медицинской помощи, сократить сроки ожидания начала лечения (эксперт С., стаж 19 лет).

В ходе дискуссии было отмечено, что особое значение для развития в регионе системы онкологической помощи имеют перспективы формирования паллиативной помощи пациентам. Стратегии развития паллиативной помощи в Саратовской области должны быть направлены на достижение соответствия всей инфраструктуры паллиативной помощи (организации, их коечная мощность, кадровый потенциал) фактическим потребностям населения региона (эксперт И., стаж 21 год).

Эксперты согласны с тем, что разработка региональных нормативно-правовых актов по организации паллиативной помощи, назначению наркотических и обезболивающих препаратов должна осуществляться с учетом регистра пациентов и региональных особенностей системы здравоохранения (эксперт Р., стаж 28 лет).

Разработка федеральной/региональной формы статистического наблюдения позволит объективно оценить кадровый потенциал системы паллиатив-

ной помощи и программы подготовки специалистов паллиативного профиля (эксперт В., стаж 7 лет).

Эксперты отметили ограничение доступности паллиативной помощи пациентам в терминальном состоянии в Саратовской области, связанное с недостаточным количеством медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь в амбулаторных условиях, паллиативных коек круглосуточного и дневного стационаров для пациентов онкологического профиля. Одной из важнейших проблем при организации паллиативной помощи называется отсутствие хосписов в системе регионального здравоохранения (эксперт М., стаж 15 лет).

В связи с ограничением «шаговой» доступности аптечных пунктов, осуществляющих обеспечение паллиативных пациентов наркотическими лекарственными средствами, необходимо, по мнению экспертов, открытие аптечных пунктов для этих целей на территории поликлиник.

Как отметили эксперты, федеральные нормативно-правовые акты последних лет инициировали развитие паллиативной помощи в регионе. Принятые в 2019 г. нормативно-правовые акты позволяют расширить спектр и доступность паллиативной помощи в различных условиях ее оказания (эксперт Е., стаж 8 лет).

Одна из наиболее обсуждаемых проблем в ходе дискуссии касалась подготовки специалистов по паллиативной помощи в регионе. Обсуждая отсутствие достаточного количества специалистов для оказания паллиативной помощи, отсутствие в номенклатуре специальности «Врач по паллиативной медицинской помощи», эксперты предлагали использование средств нормированного страхового запаса Территориального фонда ОМС для оплаты обучения медицинских работников, включение в базовую программу подготовки специалистов раздела по паллиативной помощи (эксперт П., стаж 31 год, эксперт Г., стаж 34 года).

Эксперты согласились с целесообразностью использования механизмов государственно-частного партнерства в системе профессионального образования при подготовке специалистов по паллиативной помощи.

Заключение

В результате проведенного фокус-группового исследования сформировано объективное понимание особенностей Саратовского региона и верифицированы системные факторы, оказывающие существенное влияние на континуум онкологической помощи.

Территориально-демографические:

- большая общая площадь территории региона (363 700 км²);
- низкая плотность населения — 2,5 человека на 1 км² (в России — 8,2 человека на 1 км²).

Медико-социальные:

- дефицит медицинских кадров в организациях первичной медико-санитарной помощи, осо-

бенно удаленных от районных и областных центров;

- кадровый дефицит специалистов-онкологов в районных медицинских организациях — из 38 районов области лишь в 10 работают врачи-онкологи, в других должности врачей-онкологов занимают врачи иных специальностей;
- недостаток современного диагностического медицинского оборудования в районных медицинских организациях;
- недостаточное количество кабинетов паллиативной помощи в организациях первичной медико-санитарной помощи;
- отсутствие хосписов.

Выявленные факторы обуславливают ограничение доступности всех видов медицинской помощи (первичной специализированной медико-санитарной, специализированной и паллиативной) пациентам онкологического профиля в регионе, особенно на отдаленных населенных территориях.

Авторы предполагают в дальнейшем публикацию реализованного на основе фокус-группового исследования «Потенциал системы онкологической помощи в Саратовской области» SWOT-анализа, позволившего обосновать направления совершенствования организации системы онкологической помощи в регионе.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Российский статистический ежегодник. 2018: Стат. сб. М.: Росстат; 2018. 694 с.
2. Еругина М. В. Научное обоснование концепции оптимизации качества медицинской помощи при взаимодействии участников медико-организационного процесса. Рязань: Рязанский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова; 2009.
3. Еругина М. В., Кром И. Л., Шмеркевич А. Б., Балакина Д. Д. Концептуализация континуума онкологической помощи в ситуациях болезни в контексте интегрированной системы регионального здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020; 28(5):18—21.
4. Новиков Г. А., Рудой С. В., Вайсман М. А., Тарасов Б. А., Подкопаев Д. В. Стратегия развития паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. Некоторые итоги и перспективы. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2015;(3):5—11.
5. Тимофеев Д. А., Цвигайло М. А., Печникова А. Д. Модель и технология экспертной количественной сопоставительной оценки объектов в здравоохранении с использованием показателей интервальной шкалы. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2017;4(3):526—9.

Поступила 22.06.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Russian statistical yearbook. 2018: Stat. coll [Rossiyskiy statisticheskiy yezhegodnik. 2018: Stat. sb.]. Moscow: Rosstat; 2018; 694 p. (in Russian).
2. Erugina M. V. Scientific substantiation of the concept of optimizing the quality of medical care in the interaction of participants in the medical and organizational process [Nauchnoye obosnovaniye kontseptzii optimizatsii kachestva meditsinskoy pomoshchi pri vzaimodeystvii uchastnikov mediko-organizatsionnogo protsesssa]. Ryazan': Ryazanskiy gosudarstvennyy medicinskiy universitet im. I. P. Pavlova; 2009 (in Russian).

Реформы здравоохранения

3. Erugina M. V., Krom I. L., Shmerkevich A. B., Balakina D. D. Conceptualizing the continuum of cancer care in disease situations in the context of an integrated regional health care system. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;(5):18—21 (in Russian).
4. Novikov G. A., Rudoj S. V., Vaisman M. A., Tarasov B. A., Podkopaev D. V. Development strategy for palliative care in the Russian Federation. Some results and perspectives. *Palliativnaya medicina i rehabilitaciya*. 2015;(3):5—11 (in Russian).
5. Timofeev D. A., Tsvigailo M. A., Pechnikova A. D. Model and technology of expert quantitative comparative assessment of objects in healthcare using interval scale indicators. *Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovanij*. 2017;4(3):526—9 (in Russian).

© Коллектив авторов, 2021

УДК 61.614

Тер-Израелян А. Ю.¹, Белостоцкий А. В.², Гришина Н. К.³, Соловьева Н. Б.³, Евдокимова Т. Е.⁴**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, ОКАЗЫВАЮЩИМИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ**¹ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы», 109559, г. Москва;²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119435, г. Москва;³ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;⁴ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва

Стационарзамещающие формы оказания специализированной первичной медико-санитарной помощи психически больным создают оптимальные условия для лечения и реабилитации их без отрыва от привычной социальной среды, что во многом снижает «стигматизацию личности» и способствует возвращению человека к полноценной общественной жизни, уменьшая нагрузку на наиболее затратную больничную помощь. Одной из таких организационных форм, внедряемых в Москве в рамках новой модели оказания психиатрической помощи, является амбулаторный психиатрический модуль, оказывающий специализированную первичную медико-санитарную помощь и апробируемый в базовой медицинской организации. Целью данного исследования является разработка системы показателей (индикаторов) для непрерывного информационного обеспечения управления внедряемыми новациями.

Ключевые слова: информационное обеспечение управления медицинскими организациями; система показателей (индикаторов); специализированная первичная медико-санитарная помощь психически больным.

Для цитирования: Тер-Израелян А. Ю., Белостоцкий А. В., Гришина Н. К., Соловьева Н. Б., Евдокимова Т. Е. Совершенствование управления медицинскими организациями, оказывающими специализированную первичную медико-санитарную помощь психически больным. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):322—326. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-322-326>

Для корреспонденции: Соловьева Наталья Борисовна, научный сотрудник отдела экономических исследований в здравоохранении ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: otdel-77@mail.ru

Ter-Israelyan A. Yu.¹, Belostotsky A. V.², Grishina N. K.³, Solovyova N. B.³, Evdokimova T. E.⁴**THE DEVELOPMENT OF MANAGEMENT OF MEDICAL ORGANIZATIONS PROVIDING SPECIALIZED PRIMARY MEDICAL SANITARY CARE TO MENTAL PATIENTS**¹Psychiatric hospital No. 13 of the Moscow City Health Department, 109559, Moscow, Russia;²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) of Minzdrav of Russia, 119435, Moscow, Russia;³N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;⁴Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

Actually, in Russian health care, the organization of community-based medical care of patients with mental disorders is considered as one of requested problems to be resolved. The in-patient substituting forms of specialized primary medical and social care for mental patients create optimal conditions for treatment and rehabilitation of this group of patients without separation from familiar social environment, that in many ways reduces “personality stigmatization” and promotes returning of individual to full-fledged social life, decreasing the load on the most expensive hospital care. One of such organizational forms implemented in Moscow under the new model of provision of mental care is out-patient mental module that provides specialized primary medical and social care and is tested in conditions of basic medical organization. Hence, the purpose of the study is to develop system of indices for continuous information support of management of implemented innovations.

Keywords: information; support management; medical organizations; system of indices; specialized primary medical and social care; mental care; patient; personality.

For citation: Ter-Israelyan A. Yu., Belostotsky A. V., Grishina N. K., Solovieva N. B., Evdokimova T. E. The development of management of medical organizations providing specialized primary medical sanitary care to mental patients. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):322—326 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-322-326>

For correspondence: Solovieva N. B., the Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: otdel-77@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor

Received 22.07.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Современная психиатрия переживает реформирование, направленное на демократизацию психиатрической помощи и обеспечение ее доступности.

Проблема психических расстройств весьма актуальна с точки зрения сопутствующего увеличения затрат на лечение данного контингента больных, их последующую социализацию, возвращение в семью и общество, что требует принятия соответствующих мер. Поэтому для современной психиатрической

Реформы здравоохранения

службы актуальными являются поиск и разработка наиболее эффективных стационарзамещающих форм деятельности.

По мнению ряда исследователей, «организация в первичном звене здравоохранения стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи позволяет амбулаторно-поликлиническим учреждениям повысить эффективность работы и качество оказываемой медицинской помощи, более интенсивно использовать ресурсы поликлиники» [1—3].

Результатом деятельности новых стационарзамещающих организационных форм психиатрической помощи должна стать реабилитация, а именно: восстановление когнитивных функций больного, восстановление его социальных связей для развития более высокого уровня адаптации в обществе, работа пациента в рамках реабилитационных мероприятий по типу терапии занятости (артсинтезтерапия, вокалотерапия).

На основе «концепции развития психиатрической службы» города в Москве внедряется новая организационная модель оказания психиатрической помощи пациентам. Среди ее основных направлений — перемещение помощи психически больным в социальную сферу с приближением ее к населению и оказание с участием социального окружения, совершенствование системы психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации, т. е. проводимые реформы направлены на более эффективную социализацию психически больных.

Важным направлением «совершенствования информационного обеспечения управления» медицинскими организациями, функционирующими в рамках внедряемой «новой модели оказания психиатрической помощи», является разработка системы показателей (индикаторов) для оценки их деятельности, в том числе амбулаторно-психиатрического модуля (АПМ) и др.

Материалы и методы

В ходе исследования определялись «показатели для оценки эффективности новой организационной модели оказания специализированной первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) психически больным» с применением методов статистического, аналитического, экспертных оценок (опрашивались руководители различных звеньев медицинских организаций, оказывающих психиатрическую помощь населению).

Среди предложенного перечня показателей, составленного нами на основе результатов изучения источников литературы, методических рекомендаций и нормативных документов, руководители отметили наиболее важные, по их мнению, для «оценки эффективности новой организационной модели оказания специализированной ПМСП психически больным», т. е. руководители выступили в роли экспертов.

Руководителям было предложено также назвать показатели, которые не были обозначены в составленном перечне, но, по их мнению, должны быть

использованы «для оценки эффективности деятельности новой организационной модели и отдельных организационных форм, в частности амбулаторного модуля». Всего в исследовании приняли участие 58 руководителей.

Все предложенные показатели были нами систематизированы и распределены по группам.

Результаты исследования

На основании указанных выше материалов и методов исследования был сформирован «перечень показателей оценки результативности деятельности медицинских организаций психиатрического профиля, оказывающих ПМСП взрослому населению» Москвы, а также «оценки результативности деятельности структур амбулаторного психиатрического модуля в формате „перехвата“ стационарного лечения».

Необходимо подчеркнуть, что «показатели (индикаторы), используемые для оценки деятельности медицинских организаций, АПМ», «для оценки качества, доступности, результативности оказания ПМСП взрослому населению» являются как абсолютными, так и относительными величинами, что позволяет проводить всесторонний объективный динамический анализ деятельности рассматриваемых специализированных медицинских служб.

Так, по мнению экспертов, на практике необходимо применять систему показателей в зависимости от уровней управления, оценивающую:

- кадровые и материально-технические ресурсы («обеспеченность и укомплектованность врачебным и средним медицинским персоналом», «коэффициент совместительства», «структуру персонала по квалификационным категориям», «фондовооруженность», обеспеченность различными видами медицинской техники и аппаратуры);
- «качество организации и оказания медицинской помощи» («смертность прикрепленного населения», «число лиц, впервые признанных инвалидами, среди лиц трудоспособного возраста», «процент расхождения диагнозов стационарзамещающей помощи и стационара», «частоту вызовов сотрудников психиатрического отделения неотложной помощи прикрепленному населению», «долю несвоевременно выявленных случаев психических заболеваний», «полноту охвата и доступность психиатрической помощи в амбулаторных условиях», «своевременность охвата психиатрической помощью в амбулаторных условиях», «процент случаев с несоблюдением стандартов оказания медицинской помощи»);
- объем работы медицинской организации («коэффициент выполнения функции врачебной должности», «число посещений врача-психиатра с профилактической целью», «число посещений врача-психиатра на дому», «число выполненных услуг (исследований, процедур)», в том числе по видам, «число пролеченных в

Перечень наиболее значимых показателей (индикаторов) для оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную ПМСП психически больным

Показатель (индикатор)	Единица наблюдения	Значение показателя, %
«Показатели, характеризующие объем работы учреждения»		
«Число больных, получивших лечение в АПМ, на догоспитальном этапе (ДС, ОИОПП, МРО)»	Больной	72
«Число врачебных посещений (в том числе по специальности психиатрия) на одного жителя в год»	Посещение	98
«Число посещений на одну занятую должность врача-психиатра в год (функция врачебной должности)»	Посещение	100
«Доля числа посещений к врачу-психиатру с лечебной целью»	%	60
«Соотношение фактического и нормативного числа посещений (амбулаторная служба) в смену»	Посещение	90
«Число посещений к среднему медицинскому персоналу в АПМ на одного жителя в год»	Посещение	85
«Число лабораторных анализов на 100 посещений в амбулаторной службе, ДС»	Анализ	90
«Число процедур, проведенных в физиотерапевтическом кабинете, на 100 посещений в амбулаторной службе»	Процедура	60
«Число исследований, проведенных в кабинете функциональной диагностики, на 100 посещений в амбулаторной службе»	Исследование	52
«Число процедур в кабинете ЛФК на 100 больных, закончивших лечение в амбулаторных условиях»	Процедура	90
«Число услуг (исследований, процедур) на 100 законченных случаев лечения амбулаторно», в том числе: лаборатории рентгенолаборатории УЗИ функциональной диагностики физиотерапевтических ЛФК	Исследование (процедура)	90
«Число мест в дневном стационаре на 1 тыс. населения»	Место	75
«Число пролеченных в дневном стационаре»	Больной	62
«Средняя занятость мест в году в дневном стационаре»	День	78
«Показатели, характеризующие сложность медицинской помощи»		
«Число психически больных старше трудоспособного возраста, наблюдаемых амбулаторно»	Больной	45
«Структура диспансерного контингента по группам учета и наблюдения»	Пациент	100
«Показатели, характеризующие качество, в том числе доступность, медицинской помощи»		
«Полнота охвата и доступность психиатрической помощи в амбулаторных условиях»	Житель	100
«Своевременность охвата психиатрической помощью в амбулаторных условиях»	Житель	100
«Коэффициент финансовых затрат (отношение фактической суммы расходов к утвержденной нормативно)»	Сумма расходов	84,2
«Доля лиц (% от общего числа больных, которым оказывается помощь в условиях дневного стационара и амбулаторных условиях), которым проводились психосоциальные, лечебно-реабилитационные мероприятия»	Больной	70
«Укомплектованность врачами-психиатрами»	Случай	92,1
«Показатели, характеризующие результативность медицинской помощи»		
«Первичная заболеваемость прикрепленного населения шизофренией (на 100 тыс. населения)»	Заболевание	65,2
«Процент охвата профилактическими осмотрами всех контингентов психиатрического профиля, подлежащих осмотрам»	Житель	75,1
«Выполнение плана профилактических осмотров»	Житель	84
«Охват диспансерным методом ведения больных хроническими заболеваниями, состоящих на диспансерном учете по психическому заболеванию»	Больной	80,1
«Показатели удовлетворенности потребителей медицинской помощи»		
«Доля психически больных или их родственников, удовлетворенных качеством организации медицинской помощи»	Пациент	85,1
«Частота обоснованных жалоб пациентов (на 100 пациентов)»	Жалоба	85,1

Примечание. Здесь и в табл. 2: ДС — дневной стационар, ОИОПП — отделение интенсивного оказания психиатрической помощи, МРО — медико-реабилитационное отделение.

дневном стационаре», «количество выписанных лекарственных препаратов на одного льготного пациента»);
— «результативность медицинской помощи» («первичную заболеваемость прикрепленного населения», «охват профилактическими осмотрами всех контингентов, подлежащих осмотрам», «частоту выявленных новых случаев психических заболеваний по нозологии»);
— сложность медицинской помощи («структуру диспансерного контингента по группам учета и наблюдения»; «долю лиц старше трудоспособного возраста, наблюдаемых амбулаторно»);
— финансовые ресурсы (средняя стоимость «посещения», «пациенто-дня», «случая оказания неотложной помощи», «исследования (процедуры)», «коэффициент финансовых затрат —

отношение фактической суммы расходов к утвержденной нормативно»);
— «удовлетворенность потребителей» («частоту обоснованных жалоб», «удовлетворенность пациентов качеством организации медицинской помощи, оказанной им амбулаторно»);
— «доступность психиатрической помощи» («средние сроки ожидания психиатрической помощи в амбулаторной службе», дневной стационар).

В данный перечень включены также «показатели для оценки деятельности новой организационной формы — АПМ», которые в настоящее время апробируются в базовой медицинской организации ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13 ДЗМ» (диспансерное отделение).

При проведении исследования все предложенные показатели оценивались экспертами по прио-

Перечень показателей для оценки деятельности подразделений амбулаторного психиатрического модуля и степень их значимости (по мнению экспертов)

Показатель (индикатор)	Единица наблюдения	Единица измерения	Значение показателя, %
«Число пролеченных в АПМ»	Больной	%	78
«Среднее число пациенто-дней лечения в дневном психиатрическом стационаре»	Пациенто-день	Пациенто-день	21
«Средняя занятость мест в году в дневном стационаре»	День	День	21
«Число больных, получивших лечение в АПМ, на догоспитальном этапе (ДС, ОИОПП, МРО)»	Больной	%	72
«Число вызовов ПОНП на одного человека в год»	Вызов	%	21
«Своевременность охвата психиатрической помощью в АПМ»	Житель	%	72
«Доля повторных госпитализаций в дневной психиатрический стационар прикрепленного населения»	Госпитализация	%	48,2
«Доля лиц (% от общего числа больных, которым оказывается помощь в условиях АПМ, на базе МРО), которым проводились психосоциальные, лечебно-реабилитационные мероприятия»	Больной	%	70
«Процент выполнения плана профилактических осмотров в АПМ»	Житель	%	75,0
«Частота выявленных психиатрических заболеваний при профилактических осмотрах (на 1 тыс. осматриваемых)»	Случай	‰	50
«Охват больных, страдающих психическими расстройствами, психотерапией в АПМ»	Больной	%	75

Примечание. ПОНП — психиатрическое отделение неотложной помощи.

ритетности их использования для информационного обеспечения управления.

По результатам экспертной оценки при мониторинге «результативности деятельности медицинских организаций» в большей степени следует обратить внимание на показатели «коэффициент выполнения функции врачебной должности» (100%, т. е. все эксперты отметили данный показатель) и «охват врачебными посещениями определенных групп взрослого населения» (98%), «число лиц, получивших лечение в данном году» (95%), «частота обоснованных жалоб на доступность и качество организации медицинской помощи» (85,1%), «доля повторных госпитализаций в дневной стационар» (48,2%).

Менее информативными, по мнению экспертов, являются показатели «доля экстренных случаев госпитализации в общем объеме госпитализаций прикрепленного населения» и «частота вызовов сотрудников психиатрического отделения неотложной помощи прикрепленному населению» (21%).

По результатам проведенной нами экспертной оценки представляется целесообразным для «оценки деятельности медицинской организации, оказывающей специализированную ПМСП психически больным», рекомендовать использование в приоритетном порядке следующих показателей (индикаторов):

- показатели, характеризующие «качество медицинской помощи» (среднее значение 89,3%) — «полнота охвата и доступность психиатрической помощи в амбулаторных условиях» (100%), «своевременность охвата психиатрической помощью в амбулаторных условиях» (100%);
- показатели «удовлетворенности потребителей медицинской помощи» (среднее значение 85,1%) — «доля пациентов, удовлетворенных качеством организации медицинской помощи» (85,1%), «частота обоснованных жалоб пациентов» (85,1%);
- показатели, характеризующие объем работы (среднее значение 78,7%) — «коэффициент вы-

полнения функции врачебной должности» (100%), «охват врачебными посещениями» (98%);

— показатели, характеризующие «результативность медицинской помощи» (среднее значение 76,1%) — «процент выполнения плана профилактических осмотров» (84%), «охват диспансерным методом психически больных, состоящих на диспансерном учете» (80,1%);

— показатели, характеризующие «сложность медицинской помощи» (среднее значение 72,5%), — «структура диспансерного контингента по группам учета и наблюдения» (100%), «число психически больных старше трудоспособного возраста, наблюдаемых амбулаторно» (45%) (табл. 1).

Основные показатели для «оценки результативности деятельности отдельных структур амбулаторного психиатрического модуля» представлены в табл. 2.

Особо значимыми в представленном перечне показателей, по мнению специалистов-экспертов, являются «число психически больных, пролеченных в АПМ» (78%); «своевременность охвата психиатрической помощью» в АПМ, «число больных, получивших лечение в АПМ, на догоспитальном этапе», «число вызовов ПОНП». Данные показатели свидетельствуют об эффективности деятельности структур АПМ, в частности в формате «перехвата» стационарного лечения.

Обсуждение

«Минимизация стационарного лечения пациента, сокращение времени его пребывания в круглосуточном стационаре закрытого типа — ключевой тренд и современное направление развития психиатрической помощи» [2, 4].

Стационарзамещающее лечение позволяет снизить развитие госпитализма, способствует психосоциальной реабилитации, адаптации пациентов к социальной среде, восстановлению утраченных социальных ролей, а в дальнейшем — к полноценному

функционированию их в обществе. Как отмечено в литературе, в настоящее время дневные стационары благодаря современным методам психотерапии берут на себя обслуживание все большей части ранее госпитализированных больных, что имеет положительный экономический эффект.

«Совершенствование информационного обеспечения управления» внедряемой в Москве «новой модели оказания психиатрической помощи», основанное на мониторинге рассматриваемой в статье системы показателей:

- будет способствовать комплексной и всесторонней оценке «результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих специализированную ПМСП психически больным»;
- позволит адресно и своевременно выявлять проблемные зоны и оперативно на них воздействовать в целях улучшения эффективности деятельности данного вида помощи.

Заключение

Весьма полезным для выявления проблемных зон и принятия надлежащих мер может стать создание эффективной «системы информационного обеспечения» руководителей органов управления здравоохранением полными, объективными, своевременными сведениями, отражающими различные стороны деятельности медицинских организаций, участвующих в оказании внебольничной психиатрической помощи населению.

Как показало исследование, «научно обоснованная система показателей для оценки деятельности медицинских организаций» и их структурных подразделений, «оказывающих специализированную ПМСП психически больным», базируется на критериях, отражающих «объем» оказанной помощи, ее «сложность», «качество организации и оказания», «доступность» и «результативность», «удовлетворенность потребителей».

Предложенная система показателей для «оценки эффективности деятельности новой организацион-

ной модели оказания специализированной помощи психически больным» в г. Москве может быть рекомендована к внедрению и использованию руководителям органов управления здравоохранением на региональном уровне.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Стародубов В. И., Медик В. А. Заболеваемость населения. В кн.: Стародубов В. И., Щепин О. П. (ред.). Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013. С. 45—58.
2. Костюк Г. П. К восстановлению без изоляции и стигматизации. *Нить Ариадны*. 2017;131(4):2—3.
3. Белостоцкий А. В., Тер-Исраелян А. Ю., Гришина Н. К., Ибрагимов А. И. К вопросу преобразований психиатрической помощи в городе Москве. *Менеджер здравоохранения*. 2019;(8):43—8.
4. Линденбрaten А. Л., Гришина Н. К., Грiднеv О. В. Принципы организации мониторинга основных показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в трехуровневой системе оказания медицинской помощи. В сб.: Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации: Материалы международной научно-практической конференции. М.; 2012. С. 222—6.

Поступила 22.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Starodubov V. I., Medik V. A. Morbidity of the population. In: Starodubov V. I., Shchepin O. P. (eds.). Public health and healthcare. National guideline [*Obshchestvennoye zdorov'ye i zdravookhraneniye. Natsional'noye rukovodstvo*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2013. P. 45—58 (in Russian).
2. Kostyuk G. P. Towards recovery without isolation and stigmatization. *Nit' Ariadny*. 2017;131(4):2—3 (in Russian).
3. Belostotsky A. V., Ter-Israelyan A. Yu., Grishina N. K., Ibragimov A. I. On the issue of transformations of psychiatric care in the city of Moscow. *Meneger zdravookhraneniya*. 2019;(8):43—8 (in Russian).
4. Lindenbraten A. L., Grishina N. K., Gridnev O. V. Principles of monitoring the main indicators of outpatient clinics in the three-level system of medical care. In: Organization of medical and preventive assistance to the population and challenges of globalization: Proceedings of the international scientific and practical conference [*Organizatsiya lechebno-profilakticheskoy pomoshchi naseleniyu i vyzovy globalizatsii: Materialy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii*]. Moscow; 2012. P. 222—6 (in Russian).

Котенко О. Н.¹, Сердюковский С. М.², Гришина Н. К.², Ибрагимов А. И.²

ТЕХНОЛОГИЯ УЛУЧШЕНИЯ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК

¹ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница № 52 Департамента здравоохранения г. Москвы», 123182, г. Москва;

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

Среди «хронических неинфекционных заболеваний» особое место занимает «хроническая болезнь почек», которая имеет широкую «распространенность» во всем мире. Однако «показатель выявляемости» ее у взрослого населения Москвы составляет 1%, а в европейских странах — в среднем 6%. При «терминальной стадии» заболевания резко снижается «качество жизни пациентов», что обуславливает потерю ими трудоспособности и приводит к «инвалидизации». Таким больным часто требуются дорогостоящие методы программногемодиализа и «перитонеального диализа». «Смертность» среди этих больных намного выше по сравнению с «общей популяцией». Среди частых причин «госпитализации» и «смертности» таких больных регистрируются «осложнения заболеваний системы кровообращения». Существующая проблема низкой «выявляемости» «патологии почек» у населения является основной причиной «несвоевременного начала лечения». Быстрое «прогрессирование заболевания» приводит к повышению показателей «преждевременной смертности», а также стоимости лечения пациентов с данной «патологией».

Своевременная диагностика нарушений углеводного и липидного обмена позволяет выявить хроническую болезнь почек на ранней стадии и начать адекватные лечебные и профилактические мероприятия.

Целью работы явилась «реализация технологии» «повышения эффективности» «выявляемости» хронической болезни почек.

Методы проведения работы — «организационный эксперимент», «аналитический», «математический» и «статистические методы исследования».

Исследованием установлено, что «показатель выявляемости» хронической болезни почек составил 8%. Среди «респондентов», у которых она была выявлена, более 80% имеют «начальные стадии заболевания» (I—III), когда проведение соответствующей «терапии и профилактики» еще может помочь продлению функционирования почек и снижению скорости «прогрессирования заболевания». Вместе с этим было выявлено 16,3% «пациентов» с «поздней стадией развития» данной патологии (IV—V). С увеличением возраста растет «показатель выявляемости» по всем стадиям хронической болезни почек.

«Уровень выявляемости» болезни на «базовой территории» сопоставим с «показателями», установленными в странах Европы. Доказана необходимость «повышения качества диагностики» и «профилактики» заболевания. Улучшить прогноз и предотвратить развитие «терминальной стадии болезни» можно только при использовании бригадного подхода к лечению: активном взаимодействии специалистов «кардиолога» и «нефролога», «эндокринолога» и «нефролога» или взаимодействии врачей всех трех специальностей.

Установленная более «высокая выявляемость» (8%) хронической болезни почек по сравнению с реально существующей (не более 1%) позволяет утверждать, что при системном «улучшении диагностики», «выявляемость» многократно возрастает и «потребность населения» в «нефрологической помощи» существенно увеличивается, что потребует увеличения «ресурсного обеспечения» и пересмотра «планово-нормативных показателей» по данному виду «медицинской помощи».

К л ю ч е в ы е с л о в а: гемодиализ; хроническая болезнь почек; выявляемость и профилактика; терминальная стадия почечной недостаточности.

Для цитирования: Котенко О. Н., Сердюковский С. М., Гришина Н. К., Ибрагимов А. И. Технология улучшения выявляемости хронических болезней почек. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):327—330. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-327-330>

Для корреспонденции: Сердюковский Сергей Маркович, канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела экономических исследований в здравоохранении ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: otdel-77@mail.ru

Kotenko O. N.¹, Serdyukovskiy S. M.², Grishina N. K.¹, Ibragimov A. I.²

THE TECHNOLOGY OF ENHANCEMENT OF DETECTION OF CHRONIC RENAL DISEASES

¹City Clinical Hospital No. 52 of the Moscow Healthcare Department, 123182, Moscow, Russia;

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

The chronic kidney disease takes a special place among chronic non-communicable diseases because it is characterized by wide prevalence worldwide. However, its detection rate among Moscow adult population is 1%, though in the European countries this indicator is significantly higher and is made up on average to 6%. At the terminal stage of chronic kidney disease, quality of life of such patients decreases dramatically, that result in working capacity loss and disability. These patients often require expensive methods of programmed hemo- and peritoneal dialysis. The corresponding mortality is much higher as compared with total mortality. Among the frequent causes of hospitalization and mortality of such patients, complications of blood circulation system diseases are registered. The existing problem of low detection of kidney pathology in the population is the main cause of untimely treatment start. The rapid disease progression results in higher indices of premature mortality and increased costs of treatment of patients with this pathology. The timely diagnosis of disorders of carbohydrate and lipid metabolism permits to identify chronic kidney disease at an early stage and to start to carry out adequate treatment and prevention measures. The purpose of the study is to implement the technology of improving efficiency of detection of chronic kidney disease. Methods. The organizational experiment, analytical, mathematical and statistical research methods. Results of the study. The detection rate of chronic kidney disease amounted to 8%. Among the respondents with chronic kidney disease diagnosed, more than 80% had initial stages of disease (I—III). In this case, appropriate therapy and prevention can prolong kidney functioning and reduce velocity of disease progression. At the same time, 16.3% of patients at the late stage of diseases progression (stages IV—V) were identified. The detection rate for all stages of chronic kidney disease increases with age. Conclusions. The level of detection of chronic kidney disease in the base territory is comparable with the indices established in the European countries. The need to improve quality of diagnostic and prevention of chronic kidney disease was proven. To improve overall prognosis and prevention of develop-

ment of terminal renal failure is possible only in case of brigade approach to treatment including active interaction of cardiologist and nephrologist, endocrinologist and nephrologist or of all these three specialists. Scope of the results. The established higher detection rate of chronic kidney disease (8%), as compared to actual one (1%), permits to claim that with systematic improvement of diagnosis, the detection of chronic kidney disease will increase iteratively and population need for nephrologic medical care will significantly increase that will require increasing in resource support and revising of planned and normative indices for this type of medical care.

Key words: hemodialysis; chronic kidney disease; detection and prevention; terminal stage; renal failure.

For citation: Kotenko O. N., Serdyukovsky S. M., Grishina N. K., Ibragimov A. I. The technology of enhancement of detection of chronic renal diseases. *Problemi socialnoi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):327—330 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-327-330>

For correspondence: Serdyukovsky S. M., candidate of medical sciences, the Senior Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: otdel-77@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 08.08.2020

Accepted 29.10.2020

В современных реалиях острой проблемой, имеющей медицинское, социальное и экономическое значение, является пандемия «хронических неинфекционных заболеваний», в число которых входит «хроническая болезнь почек» (ХБП).

«ХБП — это понятие, объединяющее всех „пациентов“ с признаками „повреждения почек“ или снижения их „функции“, оцениваемой по величине „скорости клубочковой фильтрации“ (СКФ), выходящей за „пределы нормальных значений“ и сохраняющейся в течение 3 мес и более» [1, 2].

Среди лиц, страдающих ХБП, «наибольший удельный вес» составляют больные с I—II «стадией развития» данного заболевания. Если у этих пациентов развивается «терминальная стадия», то для них жизненно необходимой становится «заместительная почечная терапия» — «диализ» либо «трансплантация почки».

«Показатель выявляемости» ХБП у взрослого населения Москвы составляет 1%, а в европейских странах в среднем 6%.

Существующая проблема «низкой выявляемости» «патологии почек» у населения является основной причиной несвоевременного начала лечения. В связи с этим сохраняется «высокий уровень ургентной госпитализации» по поводу «впервые выявленной» «терминальной стадии» ХПН [3, 4].

Быстрое «прогрессирование заболевания» приводит к повышению показателей «преждевременной смертности», а также стоимости лечения пациентов с данной «патологией».

«Своевременная диагностика» «нарушений углеводного и липидного обмена» позволяет выявить ХБП на «ранней стадии» и начать проведение «адекватных лечебных и профилактических мероприятий».

Цель работы — реализация технологии повышения эффективности «выявляемости» ХБП.

Материалы и методы

Апробация предлагаемой технологии выявляемости ХБП проводилась в течение 5 мес в ходе реализации «пилотного скрининг-проекта» в Москве.

У всех пациентов, обратившихся в «поликлинические организации» «базовой территории», по результатам «биохимического анализа крови» рассчитывался «показатель» СКФ. Объем «выборочной совокупности» составил 58 439 пациентов в возрасте 20 лет и старше.

При проведении исследования использовались методы: «организационный эксперимент», «аналитический», «математический» и «статистический».

Результаты исследования

С учетом «результатов проведенных анализов», было выявлено 4675 пациентов с ХБП, т. е. «общий показатель выявляемости» заболевания составил 8% (табл. 1). При этом «частота выявляемости» ХБП среди мужчин составила 9,8%, а среди женщин — 7%.

«Выявляемость» ХБП в стадии С3b составила 2,2%, что соответствует 27,5% «общего уровня выявляемости». Эта стадия С3b характеризуется выраженным снижением СКФ до 30—44 мл/мин.

Среди обследованных мужчин «показатель выявляемости» ХБП в стадии С3b составил 2,6% (26,5% «общего уровня»), среди женщин — 1,9% (27,1% «общего уровня»).

Из «общей численности респондентов» было выявлено 500 человек с ХБП в стадии С4 — «показатель выявляемости» составил 0,9%, что соответствует 11,3% «общего уровня выявляемости». Стадия С4 характеризуется тяжелым снижением СКФ до 15—29 мл/мин.

Среди обследованных мужчин «показатель выявляемости» ХБП в стадии С4 составил 1,1% (11,2%

Таблица 1

«Выявляемость» ХБП различных стадий

Стадия ХБП	Число лиц	Частота, %	Мужчины		Женщины	
			абс.	%	абс.	%
С3a	2658	4,5	1116	5,5	1542	4,0
С3b	1257	2,2	519	2,6	738	1,9
С4	500	0,9	225	1,1	275	0,8
С5	260	0,4	135	0,7	125	0,3
Всего с ХБП	4675	8,0	1995	9,8	2680	7,0
Итого...	58 439	100,0	20 279	34,7	38 160	65,3

Таблица 2

«Выявляемость» ХБП у населения разного возраста (в %)							
Стадия ХБП	Возраст						общий итог
	20—29 лет	30—39 лет	40—49 лет	50—59 лет	60—69 лет	70 лет и старше	
С3а	0,2	0,4	1,2	3,7	9,5	19,6	4,5
С3b	0,2	0,4	0,5	1,5	3,3	10,7	2,2
С4	0,1	0,2	0,3	0,6	1,6	3,5	0,9
С5	0,1	0,2	0,3	0,5	0,6	1,4	0,4
Всего...	0,5	1,1	2,3	6,2	15,0	35,2	8,0
Мужчины	0,7	2,0	3,4	8,0	19,5	37,8	9,8
Женщины	0,5	0,7	1,6	5,2	12,4	33,8	7,0

«общего уровня»), среди женщин — 0,8% (11,4% «общего уровня»).

«Выявляемость» ХБП в стадии С5 составила 0,4%, что соответствует 5,0% «общего уровня выявляемости». Стадия С5 характеризуется «терминальной» ХПН с уровнем СКФ <15 мл/мин.

Среди обследованных мужчин «показатель выявляемости» ХБП в стадии С5 составил 0,7% (7,1% «общего уровня»), среди женщин — 0,3% (4,3% «общего уровня»).

Анализ «выявляемости» ХБП в различных возрастных группах (табл. 2) показал, что с увеличением возраста растет «показатель выявляемости» по всем стадиям ХБП.

Так, «показатель выявляемости» ХБП в стадии С3а вырос с 0,2% в «возрастной группе» 20—29 лет до 19,6% в возрасте 70 лет и старше, «показатель выявляемости» ХБП в стадии С3b вырос с 0,2 до 10,7%, «выявляемость» ХБП в стадии С4 выросла с 0,1 до 3,5%, а «выявляемость» ХБП в стадии С5 выросла с 0,1 до 1,4%. «Общий показатель выявляемости» ХБП вырос с 0,5% в «возрастной группе» 20—29 лет до 35,2% в возрасте 70 лет и старше.

Тенденция увеличения «показателей выявляемости» ХБП с увеличением возраста наблюдается у мужчин и у женщин. Так, «общий показатель выявляемости» ХБП у мужчин вырос с 0,7% в «возрастной группе» 20—29 лет до 37,8% в возрасте 70 лет и старше, а у женщин — с 0,5% в возрастной группе 20—29 лет до 33,8% в возрасте 70 лет и старше.

Среди «респондентов», у которых была выявлена ХБП, более 80% обследованных имеют «начальные стадии заболевания» (I—III). На этих стадиях можно с помощью соответствующей «терапии» и «профилактики» увеличить время функционирования почек и снизить «скорость прогрессирования заболевания». Вместе с этим было выявлено 16,3% «пациентов» с «поздней стадией развития» данной «патологии» (IV—V стадии).

При подготовке «методического обеспечения» «пилотного проекта» по «выявляемости» ХБП среди населения Северного административного округа (САО) Москвы («скрининг-проект») были разработаны «показатели» для проведения соответствующего анализа (табл. 3).

Таблица 3

«Показатели реализации пилотного скрининг-проекта» в САО		
Показатель	Абс. число	% к итогу
Количество проведенных «биохимических анализов крови» с расчетом показателя СКФ	58 439	100,0
Количество проведенных «общих анализов мочи»	52 178	89,3
«Численность респондентов», у которых выявлена ХБП	4675	8,0
I—III стадии	3915	6,7
IV стадии	500	0,9
V стадии	260	0,4
«Число пациентов», внесенных в регистр (IV—V стадии)	760	1,3

Представленные в табл. 3 данные свидетельствуют о том, что каждому «респонденту» был проведен «биохимический анализ крови» с расчетом показателя СКФ, общее количество таких анализов составило 58 439 единиц.

подавляющему «большинству респондентов» (89,3% общей численности) был проведен «общий анализ мочи».

ХБП была выявлена у 4675 «респондентов», а «показатель выявляемости» составил 8%.

«Численность респондентов», у которых выявлена ХБП I—III стадии, составила 3915, или 6,7% от общего числа обследованных.

«Численность респондентов», у которых выявлена ХБП IV стадии, составила 500, что соответствует 0,9% общего количества обследованных, «выявляемость» ХБП V стадии составила 260 человек (0,4%).

«Пациенты» с ХБП IV и V стадией были внесены в «регистр», их «общая численность» составила 760 человек.

Обсуждение

На основании «анализа результатов» проведения «пилотного скрининг-проекта» по САО Москвы можно констатировать, что «уровень выявляемости» ХБП в «базовой территории» сопоставим с «показателями», установленными в странах Европы.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости повышения «качества диагностики и профилактики» ХБП, поскольку «выявление пациентов» с «ранними стадиями развития» данного заболевания позволит своевременно начать активную нефропротекторную терапию, что будет способствовать уменьшению «распространенности» «терминальной почечной недостаточности», потребности в «заместительной терапии», снижению риска «сердечно-сосудистых осложнений», снижению «смертности», сохранению «качества жизни» и «трудоспособности «пациентов», а также уменьшению «экономических затрат» «системы здравоохранения».

Улучшению «общего прогноза» заболевания, предотвращению развития «терминальной почечной недостаточности» будут способствовать организация совместного ведения «пациента» с признаками ХБП и обеспечение активного «взаимодействия» таких «врачей-специалистов», как «кардиолог» и «нефролог», «эндокринолог» и «нефролог», или вза-

имедействия врачей всех трех названных специальностей.

Установленная в ходе реализации «пилотного проекта» более «высокая выявляемость» (8%) ХБП по сравнению с реально существующей, составляющей не более 1%, приобретает статус «актуальной проблемы», так как при системном улучшении «диагностики» «выявляемость» ХБП многократно возрастет и «потребность населения» в «нефрологической помощи» существенно увеличится, что повлечет за собой увеличение «ресурсного обеспечения» и пересмотр «планово-нормативных показателей» по данному виду «медицинской помощи».

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Бикбов Б. Т., Томила Н. А. Заместительная терапия больных с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 2010—2015 гг. Ч. 1. М.: Гарант; 2016.
2. Глуценко В. А., Пузырев В. С., Трофимова В. Г. Проблемы заместительной терапии в РФ. Обзор литературы. *Научный альманах*. 2016;16(2—3):28—32.

3. Дудко М. Ю. Изменения сердечно-сосудистой системы и состояние водного баланса у больных при заместительной почечной терапии (ЗПТ). М.; 2005. 25 с.
4. Ибрагимов А. И., Загоруйченко А. А., Акчурин М. Р., Котенко О. Н. Актуальные вопросы организации гемодиализной помощи в Российской Федерации. *Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко*. 2015;(4—5):128—37.

Поступила 08.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Bikbov B. T., Tomilina N. A. Replacement therapy for patients with chronic renal failure in the Russian Federation in 2010—2015 [*Zamstitel'naya terapiya bol'nykh s khronicheskoy i pochechnoy nedostatochnost'yu v Rossiyskoy Federatsii v 2010—2015 gg.*]. Part 1. Moscow; 2016 (in Russian).
2. Glushchenko V. A., Puzyrev V. S., Trofimova V. G. Problems of substitution therapy in the Russian Federation. Literature review. *Nauchnyy al'manakh*. 2016;16(2—3):28—32 (in Russian).
3. Dudko M. Yu. Changes in the cardiovascular system and the state of water balance in patients with renal replacement therapy (RRT) [*Izmeneniya serdechno-sosudistoy sistemy i sostoyaniye vodnogo balansa u bol'nykh pri zamestitel'noy pochechnoy terapii (ZPT)*]. Moscow; 2005. 25 p. (in Russian).
4. Ibragimov A. I., Zagoruychenko A. A., Akchurin M. R., Kotenko O. N. Actual issues of the organization of hemodialysis care in the Russian Federation. *Byulleten' Natsional'nogo NII obshchestvennogo zdorov'ya im. N. A. Semashko*. 2015;(4—5):128—37 (in Russian).

Путило Н. В., Маличенко В. С.

РОЛЬ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, 117218, г. Москва

В Российской Федерации долгое время существовала правовая неопределенность в вопросе соотношения стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций при организации оказания медицинской помощи. В законодательстве отсутствовали официальные определения понятия «клинические рекомендации», а обязательность их применения ограничивалась экспертизой качества оказания медицинской помощи. В статье проанализированы основные этапы развития регулирования разработки и применения клинических рекомендаций, а также их соотношение со стандартами оказания медицинской помощи, внимание уделено изменениям в нормативно-правовых актах, устанавливающих статус клинических рекомендаций и процедуру их разработки. Авторы оценивают механизмы контроля качества оказания медицинской помощи, отдельное внимание уделяют роли клинических рекомендаций в организации лекарственного обеспечения населения.

Ключевые слова: клинические рекомендации; качество медицинской помощи; стандарты; лекарственное обеспечение.

Для цитирования: Путило Н. В., Маличенко В. С. Роль клинических рекомендаций в организации оказания медицинской помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):331—338. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-331-338>

Для корреспонденции: Путило Наталья Васильевна, канд. юр. наук, зав. отделом законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации, e-mail: social2@izak.ru

Putilo N. V., Malichenko V. S.

THE ROLE OF CLINICAL RECOMMENDATIONS IN ORGANIZATION OF MEDICAL CARE SUPPORT

The Institute of legislation and comparative law under the government of the Russian Federation

In the Russian Federation, for long time legal uncertainty existed regarding relationship between the standards of medical care and clinical guidelines in organizing medical care support. In the actual legislation, there were no official definitions of concept “clinical guidelines”. The obligation of clinical guidelines implementation was limited by expertise of medical care quality. The article analyzes main stages of development and application of clinical guidelines regulation and their relationship with medical care standards as well. The special attention is paid to changes in regulatory legal acts establishing the clinical guidelines status and the new procedure of their development. The mechanisms of medical care quality control are evaluated. The particular attention is paid to the role of clinical guidelines in organization of population medicinal support.

Keywords: clinical guidelines; quality of medical care; standards; medicinal support.

For citation: Putilo N. V., Malichenko V. S. The role of clinical recommendations in organization of medical care support. *Problemi socialnoi gigieni, zdravoohranenia i istorii meditsini*. 2021;29(2):331—338 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-331-338>

For correspondence: Putilo N. V., candidate of pharmaceutical sciences, the Head of Department of Legislation and Comparative Jurisprudence of the Federal State Research Institution “The Institute of Legislation and Comparative Law under the Government of The Russian Federation”. e-mail: social2@izak.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor

Received 06.08.2020
Accepted 29.10.2020

Формирование понятия «доказательная медицина» (evidence-based medicine) в качестве основного принципа выбора научно обоснованной тактики лечения послужило предпосылкой к разработке систематизированных документов, позволяющих внедрять единообразные подходы к оказанию медицинской помощи. Таким документом стали клинические руководства (guidelines). В отечественной системе организации медицинской помощи закрепился термин «клинические рекомендации». Внедрение клинических рекомендаций в систему оказания медицинской помощи позволяет обеспечить систематическое применение в клинической практике наиболее эффективных и безопасных технологий и приводит к снижению необоснованных медицинских вмешательств, повышению качества оказания

медицинской помощи, повышению эффективности системы здравоохранения [1].

Унифицированное определение понятия «клинические рекомендации» на сегодняшний день отсутствует. В литературе наиболее часто ссылаются на позицию Национальной медицинской академии США, которая под клиническими рекомендациями предполагает систематически разрабатываемые руководства с целью поддержки принятия решений врачом для обеспечения надлежащей медицинской помощи в конкретной клинической ситуации [2]. На национальном уровне сформировались различные подходы к разработке и закреплению юридического статуса клинических рекомендаций в системе организации оказания медицинской помощи. Сам термин «рекомендации» предполагает отсутствие

обязательства повсеместного систематического использования документа. Согласно исследованию, подготовленному Европейской обсерваторией по политике и системам здравоохранения, для большинства стран Европейского союза клинические руководства являются документами рекомендательного характера [3].

Признавая основополагающее значение клинических рекомендаций в совершенствовании оказания медицинской помощи, отдельное внимание вопросу их разработки уделяется Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). В 2007 г. Генеральным директором ВОЗ был учрежден Комитет по обзору клинических рекомендаций (Guidelines Review Committee) для обеспечения методологического качества разрабатываемых клинических рекомендаций ВОЗ в соответствии с принципами доказательной медицины. Комитет заседает ежемесячно и оценивает соответствие разрабатываемых клинических рекомендаций требованиям, сформулированным в Руководстве по разработке клинических рекомендаций ВОЗ (WHO handbook for guideline development World Health Organization 2012). Задачи по разработке клинических рекомендаций в отношении лечения инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также расширения применения инноваций сформулированы в рамках Двенадцатой общей программы работы ВОЗ на 2014—2019 гг., а также в Тринадцатой общей программе работы ВОЗ на 2019—2023 гг.¹.

Соотношение клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи

В Российской Федерации долгое время существовала правовая неопределенность относительно того, как соотносятся стандарты оказания медицинской помощи и клинические рекомендации с учетом того обстоятельства, что, согласно ч. 1 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — ФЗ № 323), оказание медицинской помощи должно было осуществляться в соответствии со стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

Начало первому этапу внедрения стандартов оказания медицинской помощи положил Указ Президента РФ от 26.09.1992 № 1137 «О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации», которым была установлена необходимость создания единых государственных стандартов для обеспечения качества оказания медицинской помощи. Разработанный в рамках исполнения вышеупомянутого Указа Президента РФ приказ Минздрава РСФСР от 16.10.1992 № 277 «О создании системы медицинских стандартов (нормативов) по оказанию медицинской помощи населению Российской Федерации» сформулировал определение «медицинских стандартов», под которыми понимается система

знаний, умений, навыков и условий, определяющих возможность выполнения определенного вида медицинской деятельности.

Несмотря на ожидаемый положительный эффект от внедрения стандартов, специалисты отмечают ряд негативных факторов, повлиявших на их внедрение в медицинскую практику. В частности, одними из основных вопросов с момента начала применения стандартов являлись их правовой статус и обязательность применения. По мнению представителей Минздрава России, приказ Минздравсоцразвития РФ от 11.09.2007 № 582 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсулинзависимым сахарным диабетом» являлся актом рекомендательного характера, не нуждался в государственной регистрации и не нарушал прав граждан, в то время как представители Минюста России определяли данный приказ в качестве нормативно-правового акта, который подлежал направлению на государственную регистрацию в Минюст России².

Определение стандартов в качестве основного документа, применяемого при организации оказания медицинской помощи, существенно влияло на эффективность. Стандарты являются технологической картой частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг и технологий здравоохранения для расчета необходимых объемов финансирования при формировании программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. При этом стандарты не являются непосредственно руководством для оказания медицинской помощи, так как не содержат последовательности применения медицинских вмешательств.

В качестве негативного момента можно рассматривать следующий факт: ФЗ № 323 определял, что назначение и применение лекарственных препаратов при реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи осуществлялось согласно стандартам оказания медицинской помощи, что приводило к формальному отказу в лекарственном обеспечении ввиду фактического отсутствия стандартов по ряду нозологий. Данная проблема поднималась Коллегией Счетной палаты Российской Федерации по результатам контрольных мероприятий реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2013 г., продемонстрировавших обеспеченность стандартами медицинской помощи только в отношении 33,4% заболеваний и рекомендовавших скорейшее утверждение стандартов по всему перечню заболеваний³.

Клинические рекомендации также рассматриваются как путь к «минимизации риска дефектов ме-

¹ Доклад Генерального директора. Проект Тринадцатой общей программы работы на 2019—2023 гг. ВОЗ. А71/4. 5 апреля 2018 г.

² Решение Верховного Суда РФ от 09.04.2014 № АКПИ14—152 «О признании недействующим Приказа Минздравсоцразвития РФ от 11.09.2007 № 582 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсулинзависимым сахарным диабетом».

³ Для финансового обеспечения программы госгарантий необходимо в короткие сроки утвердить стандарты медпомощи 2014 г. (http://www.ach.gov.ru/press_center/news/18265).

Реформы здравоохранения

дицинской помощи через унификацию методов диагностики и лечения путем разработки стандартов, протоколов, клинических рекомендаций едва ли не по каждому опасному для жизни и здоровья состоянию человеческого организма» [4].

На момент принятия ФЗ № 323 термин «клинические рекомендации» упоминался лишь в ч. 2 ст. 76, согласно которой медицинские профессиональные некоммерческие организации определялись в качестве разработчика данного документа. Однако вопрос порядка разработки и правового статуса клинических рекомендаций не был определен до 2013 г., когда Федеральным законом от 25.11.2013 № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации» были внесены изменения в ч. 2 ст. 64 ФЗ № 323, устанавливающие применение клинических рекомендаций наравне со стандартами и порядками оказания медицинской помощи при формировании критериев оценки качества оказания медицинской помощи. Кроме того, был закреплён механизм внедрения клинических рекомендаций в медицинскую практику, согласно которому клинические рекомендации должны были разрабатываться и утверждаться медицинскими профессиональными некоммерческими организациями. В 2014 г. Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии (далее — Росстандарт) был утверждён национальный стандарт по разработке клинических рекомендаций «ГОСТ Р 56034—2014. Национальный стандарт Российской Федерации. Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения». Основной целью документа была унификация требований к качеству оказания медицинской помощи. Стандарт устанавливает общие положения разработки клинических рекомендаций, которые определяют объём и показатели качества выполнения медицинской помощи больному при определенном заболевании, синдроме или клинической ситуации. До недавнего времени ГОСТ являлся основным документом, используемым медицинскими профессионально-общественными организациями при разработке клинических рекомендаций по различным заболеваниям. Клинические рекомендации утверждались по результатам съездов профессионально-общественных организаций и публиковались на официальных сайтах организаций. Следует констатировать, что процесс разработки клинических рекомендаций был чрезвычайно хаотичным, отсутствовало единообразие оформления документов и координирующий контроль со стороны органов исполнительной власти. В завершение формирования системы регулирования разработки и применения клинических рекомендаций, а также в рамках информатизации сферы здравоохранения Минздравом России в 2017 г. был создан «Электронный рубрикатор клинических рекомендаций» (далее — Рубрикатор)⁴.

Однако сформировавшаяся система регулирования и применения клинических рекомендаций ввиду отсутствия конкретных положений, определяющих правовой статус данного документа, привели к формированию негативной практики их применения. В частности, Минздравом России рекомендовалось использование клинических рекомендаций в медицинской практике, но правовые последствия внедрения в практику клинических рекомендаций не были установлены⁵. Кроме того, по одному профилю медицинской деятельности разрабатывались клинические рекомендации несколькими профессиональными некоммерческими организациями.

С юридической точки зрения клинические рекомендации, опубликованные на тот период в рубрикаторе Минздрава России, фактически не были утверждены Минздравом России, поскольку, во-первых, действующий порядок разработки клинических рекомендаций наделял правовом утверждении профессиональные медицинские организации, а также ввиду отсутствия сведений о реквизитах соответствующего акта Минздрава России в опубликованных версиях клинических рекомендаций. Согласно разъяснениям о применении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации, утвержденных приказом Министерства юстиции Российской Федерации от 04.05.2007 № 88, клинические рекомендации не обладают признаками нормативного правового акта и являются документом рекомендательного характера, что подтверждается положениями п. 9 Постановления Пленума Верховного суда РФ от 29.11.2007 № 48 «О практике рассмотрения судами дел об оспаривании нормативных правовых актов полностью или в части», описывающими признаки нормативно-правового акта [5].

Таким образом, обязательными для применения в Российской Федерации являются нормативные правовые акты, обладающие рядом характерных признаков, основным из которых в отношении актов федеральных органов исполнительной власти являются официальная публикация и регистрация в Министерстве юстиции Российской Федерации. С целью недопущения в последующем двоякого толкования условия вступления в силу нормативно-правового акта учеными-юристами были сформулированы предложения в отношении законодательного закрепления нормы, устанавливающие официальное опубликование нормативно-правовых актов «в порядке и на условиях, обеспечивающих их доведение до сведения применяющих и(или) использую-

⁴ Электронный рубрикатор клинических рекомендаций. Режим доступа: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/21> (дата обращения 21.05.2019).

⁵ Письмо Минздрава России от 06.10.2017 № 17-4/10/2-6989 «О клинических рекомендациях (протоколах лечения) по вопросам оказания медицинской помощи» (опубликовано не было, доступ из СПС «КонсультантПлюс», дата обращения 19.05.2019).

щих их лиц и исключаяющих сомнения по поводу их ознакомления» [6].

Примеры более радикального решения вопроса о правовой природе клинических рекомендаций следует искать в странах — участницах Евразийского экономического союза (ЕАЭС), правовые системы которых в области медицинской помощи и лекарственного обеспечения должны быть максимально гармонизированы. Так, согласно ст. 26 Закона Республики Беларусь от 17.07.2018 № 130-З «О нормативных правовых актах», клинический протокол является техническим нормативным правовым актом, который, согласно ст. 1 Закона Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-ХІІ «О здравоохранении», утверждается Министерством здравоохранения Республики Беларусь и устанавливает общие требования к оказанию медицинской помощи пациенту при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

В 2018 г. было разработано более 130 клинических рекомендаций, рекомендованных Минздравом России⁶. Значительная часть разработанных рекомендаций, даже не размещенных на сайте, была направлена субъектам РФ официальными письмами Минздрава России (например, письмо Минздрава России от 04.09.2015 № 15-4/10/2-5079 «О направлении клинических рекомендаций «Кровесберегающие технологии у гинекологических больных»). В ряде субъектов РФ в инициативном порядке законодательно закреплялись требования к применению клинических рекомендаций по отдельным группам заболеваний. Так, в деятельность медицинских организаций Челябинской области были внедрены клинические рекомендации оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в условиях круглосуточного стационара, разработанные Челябинской областной общественной организацией «Неврологическое общество Челябинской области». В Алтайском крае были внедрены федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у детей⁷, в Псковской области клинические рекомендации по акушерству и гинекологии.

Новый статус клинических рекомендаций

Отсутствие правового статуса клинических рекомендаций существенно ограничивало возможность внедрения критерия «качества» при организации оказания медицинской помощи. В ФЗ № 323 качество рассматривается не только как важный атрибут медицинской помощи, но и как один из принципов

охраны здоровья граждан, а повышение качества и эффективности оказания медицинских услуг определено среди элементов обеспечения национальной безопасности в рамках Стратегии национальной безопасности РФ, утвержденной Президентом России⁸.

Под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также уровень достигнутой эффективности. Обеспечение качества медицинской помощи сопряжено с внедрением в практику стандартных алгоритмов организации и оказания медицинской помощи по отдельным группам заболеваний.

Задачи по повышению качества оказания медицинской помощи определили необходимость внесения поправок в основные нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья для изменения статуса клинических рекомендаций, что нашло отражение в ряде стратегических документов, определяющих социально-экономическое развитие в ближайшие годы. В частности, Указом Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» была определена задача по внедрению клинических рекомендаций и протоколов лечения в систему оказания медицинской помощи. В рамках национальных проектов, утвержденных в конце 2018 г., названы приоритеты среди основных направлений разработки клинических рекомендаций. Так, национальным проектом «Здравоохранение» определены задачи по повышению качества оказания медицинской помощи больным с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, а национальным проектом «Демография» сформулирована необходимость разработки и внедрения в практику до 1 ноября 2020 г. клинических рекомендаций, касающихся шести наиболее распространенных заболеваний, связанных с возрастом⁹. Цели по разработке клинических рекомендаций были также включены в План деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации на период 2019—2024 гг.

Задачи по внедрению клинических рекомендаций в систему организации оказания медицинской помощи дополнительно закрепляются региональными органами власти в ряде субъектов РФ. Так, Стратегией социально-экономического развития Санкт-Петербурга на период до 2035 г. подчеркивается необходимость внедрения клинических рекомендаций для повышения эффективности системы

⁶ Справочная информация: «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи» (доступ из СПС «КонсультантПлюс»).

⁷ Приказ Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности от 29.09.2014 г. № 720 «О применении Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у детей и Федеральных клинических рекомендаций по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей».

⁸ Указ Президента РФ от 31.12.2015 № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации».

⁹ Паспорт национального проекта «Демография» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16); Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16).

Реформы здравоохранения

оказания медицинской помощи» (задача 1.9)¹⁰. Стратегией социально-экономического развития Приморского края до 2030 г. устанавливается, что в процесс оказания медицинской помощи населению региона будут внедрены современные методы и схемы лечения, закрепленные в утвержденных клинических рекомендациях, протоколах и стандартах лечения¹¹.

Необходимость реализации поставленных задач послужила триггером к внесению изменений в ФЗ № 323 в декабре 2018 г. В основной Федеральный закон в сфере охраны здоровья граждан впервые было включено определение понятия «клинические рекомендации». Понимая под ними «документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию», ФЗ № 323 также указывает вопросы, которых должны касаться клинические рекомендации, а именно: профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию. В состав клинических рекомендаций включены также протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства, описание последовательности действий медицинского работника «с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи».

Поправки, внесенные в ст. 37 ФЗ № 323, коренным образом изменили статус клинических рекомендаций, определив их первостепенное значение при организации медицинской помощи, а также закрепили критерий качества наравне с критерием доступности в качестве приоритетного при оказании медицинской помощи.

Следует отметить, что первоначальный проект поправок в федеральный закон наравне с клиническими рекомендациями также вводил отдельно понятие «протокол лечения (протокол ведения) пациента»¹². Протоколом лечения предлагалось считать документ, разрабатываемый на уровне медицинской организации, в котором были бы закреплены требования к применению клинической рекомендации в конкретной медицинской организации, в том числе требования к последовательности действий медицинского работника, схемы диагностики и лечения, типовая форма которого должна была утверждаться Минздравом России. Предполагалось, что медицинская помощь в медицинской организации будет оказываться в соответствии с протоколом лечения, разработанным на основе соответствующей клини-

ческой рекомендации, порядка оказания медицинской помощи, стандарта медицинской помощи с учетом материально-технического обеспечения медицинской организации, в связи с чем предусматривались различные варианты оказания медицинской помощи. Однако, согласно комментариям правового управления Государственной Думы, внедрение протоколов могло привести к различному качеству оказания медицинской помощи в субъектах Российской Федерации по одному и тому же заболеванию, что противоречит конституционным основам реализации прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. В итоге обсуждений и работы с законопроектом в действующем ФЗ № 323 дефиниция «протокол лечения (протокол ведения) пациента» отсутствует, но сам протокол лечения (протокол ведения) пациента как один из документов, необходимых для функционирования медицинской организации, предусмотрен на законодательном уровне.

Законом определен переходный период к применению клинических рекомендаций, что обусловлено необходимостью пересмотра и утверждения всех клинических рекомендаций согласно новым требованиям. Порядок разработки клинических рекомендаций утвержден приказом Минздрава России, в соответствии с которым клинические рекомендации разрабатываются и утверждаются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, но должны согласовываться научно-практическим советом Минздрава России и впоследствии публиковаться на официальном портале рубрикаторе клинических рекомендаций¹³.

Порядок деятельности научно-практического совета Минздрава России утвержден приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 102н «Об утверждении Положения о научно-практическом совете Министерства здравоохранения Российской Федерации». Заседания Научно-практического совета проводятся по мере поступления клинических рекомендаций с установленной периодичностью не реже 1 раза в 3 мес. Приказ Минздрава России устанавливает типовую форму клинических рекомендаций и структуру клинических рекомендаций, а также требования к научной обоснованности и составу информации, включаемой в клинические рекомендации. Клинические рекомендации разрабатываются с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг, пересматриваются не реже 1 раза в 3 года и не чаще 1 раза в 6 мес.

Новая процедура утверждения позволит устранить правовую неопределенность, существовавшую ранее при наличии нескольких клинических рекомендаций по заболеванию одного профиля. Теперь при наличии нескольких вариантов клинических рекомендаций, разработанных разными организа-

¹⁰ Закон Санкт-Петербурга от 19.12.2018 № 771-164 «О Стратегии социально-экономического развития Санкт-Петербурга на период до 2035 года».

¹¹ Постановление Администрации Приморского края от 28.12.2018 № 668-па «Об утверждении Стратегии социально-экономического развития Приморского края до 2030 года».

¹² Проект Федерального закона № 449180-7 «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций. Режим доступа: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/449180-7>

¹³ Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации» (зарегистрирован в Минюсте России 08.05.2019 г. № 54588).

циями, научно-практический совет вправе выбрать только один вариант или определить необходимость совместной работы профессиональных организаций над единой версией клинических рекомендаций.

С 9 июня 2019 г. вступил в силу приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 101н «Об утверждении критериев формирования перечня заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации», весьма важный для процесса разработки клинических рекомендаций, поскольку клинические рекомендации разрабатываются согласно перечню заболеваний, состояний, который формируется Минздравом России на основании следующих критериев:

- распространенности заболевания или состояния в целом, а также среди детей первого года жизни;
- уровня инвалидизации вследствие заболевания;
- показателя смертности населения;
- отнесения заболевания к социально значимым заболеваниям согласно перечню, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715);
- отнесения заболевания к жизнеугрожающим и хроническим прогрессирующим редким (орфанным) заболеваниям, приводящим к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 26.04.2012 № 403.

Изменения коснулись и порядка разработки стандартов оказания медицинской помощи. В 2018 г. приказом Минздрава России от 08.02.2018 № 53н был утвержден порядок разработки стандартов оказания медицинской помощи. Включение в проект стандарта медицинской помощи медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий осуществляется с учетом наличия их в клинических рекомендациях по вопросам оказания медицинской помощи. Департаментом лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий и Департаментом государственного регулирования обращения лекарственных средств Минздрава России проводится оценка проекта стандарта медицинской помощи на предмет наличия государственной регистрации лекарственного препарата, соответствия указания фармакотерапевтической группы анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной ВОЗ, соответствия средних доз лекарственных препаратов инструкции. Предложения по разработке проекта стандарта медицинской помощи в Минздрав России представляются: главными внештатными специалистами Минздрава России, минздравами субъектов РФ, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФФОМС), департаментами Минздрава России.

Применение клинических рекомендаций при экспертизе качества оказания медицинской помощи

Как отмечено ранее, клинические рекомендации применяются при разработке критериев оценки для проведения экспертизы качества медицинской помощи. В соответствии с п. 2 ст. 62 ФЗ № 323 критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) и утверждаются Минздравом России¹⁴. Критерии качества применяются по группам заболеваний (состояний) и по условиям оказания медицинской помощи: амбулаторно, в условиях дневного и круглосуточного стационара.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата, путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи и клиническим рекомендациям.

С 2018 г. вводится институт страховых представителей, деятельность которых направлена на обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями¹⁵. Отдельно необходимо отметить, что с 2018 г. внедряется система контроля качества оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями¹⁶. Методические рекомендации, разработанные ФФОМС, среди прочего утверждают, что при проведении контрольных мероприятий страховые представители руководствуются клиническими рекомендациями, утвержденными Ассоциацией онкологов России и размещенными на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации в «Электронном рубрикаторе клинических рекомендаций». Таким образом, несмотря на переходный период в отношении обязательности применения клинических рекомендаций в отношении организации оказания онкологиче-

¹⁴ Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

¹⁵ Письмо ФФОМС от 25.06.2018 № 6696/30-2/5564 «О направлении методических рекомендаций» (вместе с «Методическими рекомендациями по взаимодействию участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи»).

¹⁶ Письмо ФФОМС от 30.08.2018 № 10868/30/и «О направлении Методических рекомендаций по организации и проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной пациентам с подозрением на онкологическое заболевание, и/или с установленным диагнозом онкологического заболевания».

Реформы здравоохранения

ской помощи, необходимо уже сейчас руководствоваться клиническими рекомендациями.

Руководствуясь клиническими рекомендациями, страховой представитель осуществляет сопоставление выбранного метода лечения онкологического заболевания с признаком «Стадия заболевания» на соответствие клиническим рекомендациям, утвержденным Ассоциацией онкологов России, в том числе разработанным на их основе стандартизированным схемам лечения пациентов. Случаи оказания медицинской помощи, при которых выбранный метод лечения не соответствует клиническим рекомендациям, подлежат экспертизе качества медицинской помощи для решения вопросов о причинах возникновения нарушений.

При проведении экспертизы качества оказания медицинской помощи на предмет соответствия предоставленной застрахованному лицу онкологической помощи клиническим рекомендациям, оценивается соблюдение сроков оказания медицинской помощи, объема диагностического обследования, необходимого для постановки диагноза, выполнение лечебных мероприятий, включая частоту предоставления и кратность их применения, оперативных вмешательств, обеспечения преемственности в лечении, обоснованности назначения лекарственной терапии. Отдельное внимание уделяется оценке соответствия предоставленной лекарственной терапии клиническим рекомендациям. В частности, осуществляется контроль наличия показаний и противопоказаний к применению, правильности применяемой дозы и способу применения лекарственного препарата.

Роль клинических рекомендаций в организации лекарственного обеспечения

Клинические рекомендации влияют на организацию лекарственного обеспечения при определении практики применения лекарственных препаратов, формировании ограничительных перечней и формировании критериев, регламентирующих способы оплаты медицинской помощи.

Наличие лекарственного препарата в клинических рекомендациях является важным критерием при формировании ограничительных перечней лекарственного обеспечения (ЖНВЛП, ОНЛС) в соответствии с постановлением Правительства РФ от 28.08.2014 № 871 «Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи». Наличие лекарственного препарата в перечне ЖНВЛП выделяется в клинических рекомендациях двумя звездочками (**). В случае если лекарственный препарат применяется по незарегистрированным показаниям, перед наименованием лекарственного препарата ставится знак «решетка» (#).

Клинические рекомендации используются при расчете коэффициентов затратоемкости (КЗ) для клинико-статистических групп (КСГ) при организации оплаты медицинской помощи за счет средств

обязательного медицинского страхования¹⁷. В соответствии с методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на основании клинических рекомендаций возможно выделение подгрупп КСГ для дорогостоящих лекарственных препаратов, что позволяет обосновывать дополнительное финансирование на обеспечение инновационными дорогостоящими методами лечения¹⁸. Необходимо отметить, что в рамках реализации государственных целей по борьбе с онкологическими заболеваниями на основе клинических рекомендаций Ассоциации онкологов России, размещенных на Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России (sr.grosminzdrav.ru), был разработан справочник схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) с указанием для каждой схемы номера КСГ, к которой может быть отнесен случай госпитализации с применением данной схемы. С целью обеспечения полноценного доступа к соответствующим схемам терапии Федеральной программой «Борьба с онкологическими заболеваниями» было определено ежегодное выделение межбюджетных трансфертов на оказание медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями¹⁹.

Необходимо также отметить, что КЗ для КСГ, используемые для организации оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утверждаются в конце года на следующий календарный год. Вместе с тем клиническое рекомендации обновляются по иному графику, что, безусловно, окажет влияние на своевременность появления возможности оплаты новых методов лечения в системе обязательного медицинского страхования.

Заключение

Изменение правового статуса и разработка порядка утверждения клинических рекомендаций позволили сделать существенный шаг в отношении внедрения критерия качества при организации оказания медицинской помощи. Вместе с тем анализ эффективности предложенных мер требует последовательной оценки практики применения клинических рекомендаций и их роли в повышении доступности и качества оказания медицинской помощи в перспективе ближайших лет [7].

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

¹⁷ Письмо ФФОМС от 03.12.2018 №15031/26-1/и «О направлении инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования».

¹⁸ Письмо Минздрава России № 11-7/10/2-7543, ФФОМС № 14525/26-1/и от 21.11.2018 г. «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

¹⁹ Федеральный закон от 29.11.2018 № 459-ФЗ № «О федеральном бюджете на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

ЛИТЕРАТУРА

1. Оганов Р. Г. (ред.). Основы доказательной медицины. Учебное пособие для системы послевузовского и дополнительного профессионального образования врачей. М.: Силицея-Полиграф; 2010. 136 с.
2. Lohr K. N. Institute of Medicine activities related to the development of practical guidelines. *J. Dent. Educat.* 1990;54(11):699—704.
3. Legido-Quigley H., Panteli D., Car J., McKee M., Busse R. Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2013. 263 p.
4. Матейкович М. С. Реализация конституционных норм и защита прав человека в отечественном уголовном судопроизводстве. *Журнал российского права.* 2018;(5):26—35.
5. Колядо В. Б., Трибунский С. И., Колядо Е. В. Применение клинических рекомендаций (протоколов лечения), их правовой статус и юридические противоречия. *Бюллетень медицинской науки.* 2018;9(1):23—8.
6. Хабриева Т. Я., Тихомиров Ю. А., Абрамова А. И. и др. О нормативных правовых актах в Российской Федерации (инициативный проект федерального закона). 5-е изд., перераб. и доп. М.: Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации; 2019. 88 с.
7. Шелякин В. А., Князева Е. Г. (ред.). Формирование эффективной модели обязательного медицинского страхования. М.; 2018.

Поступила 06.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Oganov R. G. (ed.). Basics of evidence-based medicine. Textbook for the system of postgraduate and additional professional education of doctors [*Osnovy dokazatel'noy meditsiny. Uchebnoye posobiye dlya sistemy poslevuzovskogo i dopolnitel'nogo professional'nogo obrazovaniya vrachey*]. Moscow: Siliceja-Poligraf; 2010. 136 p. (in Russian).
2. Lohr K. N. Institute of Medicine activities related to the development of practical guidelines. *J. Dent. Educat.* 1990;54(11):699—704.
3. Legido-Quigley H., Panteli D., Car J., McKee M., Busse R. Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2013. 263 p.
4. Matejkovich M. S. Implementation of constitutional norms and protection of human rights in domestic criminal proceedings. *Zhurnal rossijskogo prava.* 2018;(5):26—35 (in Russian).
5. Koljado V. B., Tribunskij S. I., Koljado E. V. Application of clinical guidelines (treatment protocols), their legal status and legal contradictions. *Bulletn meditsinskoi nauki.* 2018;9(1):23—8 (in Russian).
6. Khabrieva T. Ya., Tikhomirov Yu. A., Abramova A. I., et al. On normative legal acts in the Russian Federation (initiative draft of the federal law). 5th ed. Moscow: Institute of Legislation and Comparative Law under the Government of the Russian Federation; 2019. 88 p. (in Russian).
7. Sheljakin V. A., Knjazeva E. G. (eds). Formation of an effective model of compulsory health insurance [*Formirovaniye effektivnoy modeli obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya*]. Moscow; 2018 (in Russian).

Из опыта организатора здравоохранения

© Михайлин Е. С., 2021
УДК 614.2

Михайлин Е. С.^{1,2,3}

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ БЕРЕМЕННЫХ

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России, 191015, г. Санкт-Петербург;

²СПбГБУЗ «Родильный дом № 10», 198259, г. Санкт-Петербург;

³ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва

Представлена правовая характеристика законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья несовершеннолетних беременных. Описаны правовые основы оказания медицинской помощи несовершеннолетним во время беременности и родов в женских консультациях, родильных домах и перинатальных центрах. Сделан вывод о юридической правомочности оказания медицинской помощи данной категории пациентов в медицинских учреждениях второго уровня, за исключением случаев наличия у пациентки соматической патологии, требующей оказания медицинской помощи на основании лицензии по отдельным профилям, что требует направления в учреждение третьего уровня.

К л ю ч е в ы е с л о в а: несовершеннолетние беременные; законодательство РФ; охрана здоровья.

Для цитирования: Михайлин Е. С. Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья несовершеннолетних беременных. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):339—342. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-339-342>

Для корреспонденции: Михайлин Евгений Сергеевич, канд. мед. наук, юрист, руководитель центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних «Маленькая мама» на базе СПбГБУЗ «Родильный дом № 10»; e-mail: mihailin@mail.ru

Mikhaylin E. S.^{1,2,3}

THE LEGISLATION OF THE RUSSIAN FEDERATION IN SPHERE OF HEALTH PROTECTION OF UNDERAGE PREGNANT FEMALES

¹I. I. Mechnikov North-Western State Medical University of Minzdrav of Russia, 191015, St. Petersburg, Russia;

²Maternity hospital № 10, 198259, St. Petersburg, Russia;

³Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

The article presents legal characteristics of the legislation of the Russian Federation in the field of health protection of pregnant underage females. The legal basis for providing medical care to the underage pregnant females during pregnancy and childbirth in antenatal clinics, maternity hospitals and perinatal centers is discussed. The conclusion is made related to legal eligibility of providing medical care to this category of female patients in second-level medical institutions, except the cases of female patient with somatic pathology requiring medical care on the basis of particular clinical profiles license, THAT requires referral to third-level medical institution.

К e y w o r d s: underage pregnant female; legislation of the Russian Federation; health protection.

For citation: Mikhaylin E. S. The legislation of the Russian Federation in sphere of health protection of underaged pregnant females. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):339—342 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-339-342>

For correspondence: Mikhaylin E. S. — lawyer, PhD, head of the Center of Management of Pregnancy and Delivery in underage females “Malenkaya Mama” on the basis of the St. Petersburg State Budget Institution of Health Care “The Maternity Hospital № 10”. e-mail: mihailin@mail.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.07.2020
Accepted 29.10.2020

Несовершеннолетние беременные относятся к наименее защищенным категориям граждан. Врачи женских консультаций и родильных домов, как и организаторы здравоохранения, сталкиваясь с ведением беременности и родов у несовершеннолетних не так часто в своей практике, неверно трактуют законодательство РФ, тем самым нарушая права самих девочек и их новорожденных детей. В Санкт-Петербурге с 2012 г. работает единственный в России специализированный Центр по ведению беременности и родов у несовершеннолетних «Малень-

кая мама». Наш опыт по полному медицинскому сопровождению беременности и родов у несовершеннолетних, а также оказанию им комплексной медико-социальной, психологической и юридической помощи представляется интересным.

Согласно ст. 52, 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», несовершеннолетним во время беременности, родов и в послеродовом периоде оказывается медицинская помощь в учреждениях здравоохранения на равных основани-

ях с совершеннолетними, если иные правила не установлены для особой защиты здоровья несовершеннолетних. В связи с этим на несовершеннолетних беременных женщин распространяется Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), утвержденный Приказом Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (далее — Приказ № 572н). И поскольку в Приказе № 572н специальных изъятий для оказания медицинской помощи несовершеннолетним беременным, роженицам и родильницам не предусмотрено, то можно считать, что аналогичные положения применимы и к ним, но с учетом ряда особенностей.

При этом в Приказе № 572н не раскрыта и специальная регламентация медицинской помощи несовершеннолетним во время беременности или родов. В п. 95 Приказа установлено, что при наличии беременности любого срока у девочки в возрасте до 17 лет включительно наблюдение ее осуществляется врачом акушером-гинекологом медицинской организации. При отсутствии врача акушера-гинеколога девочки с беременностью любого срока наблюдаются врачом общей практики (семейным врачом), врачом-терапевтом, врачом-педиатром, фельдшером, акушеркой или медицинской сестрой фельдшерско-акушерского пункта в соответствии с разделами I—VI утвержденного Порядка. В указанных разделах есть пункты, устанавливающие, что при определенных заболеваниях беременные женщины, роженицы и родильницы направляются в медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление определенных видов медицинской деятельности, в том числе во время родов и в послеродовом периоде.

Во исполнение ст. 33, 34 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в предоставлении доступной и качественной медицинской помощи, эффективном использовании ресурсов в России существует трехуровневая система медицинских организаций.

Медицинские организации первого уровня — это медицинские организации, оказывающие населению муниципального образования, на территории которого расположены, первичную медико-санитарную помощь, и/или паллиативную медицинскую помощь, и/или скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, и/или специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь, как правило, терапевтического, хирургического и педиатрического профилей медицинской помощи.

Медицинские организации второго уровня — это медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и/или центры, оказывающие пре-

имущественно специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований по расширенному перечню профилей медицинской помощи, и/или диспансеры (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные).

Медицинские организации третьего уровня — это медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь.

Каждую медицинскую организацию относят лишь к одному из указанных уровней.

В настоящее время в законодательстве отсутствуют четкие критерии различий между первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощью, так же как между специализированной и высокотехнологичной медицинской помощью, поскольку нет законодательного определения понятий «специальные методы диагностики и лечения» и «сложные медицинские технологии». Разграничения по уровням помощи устанавливаются исключительно по перечню медицинских показаний (заболеваний) в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ. Поэтому необходимо обратиться к соответствующему правовому акту, определяющему возможность (на основе листов маршрутизации) оказывать медицинскую помощь всем беременным. Необходимо гарантировать дифференцированный объем медицинского обследования и лечения в зависимости от степени риска возникновения осложнений с учетом структуры, коечной мощности, уровня оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинских организаций.

Трехуровневая система оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» установлена указанным выше Порядком (Приказ № 572н). Данным правовым актом определяется два порядка оказания медицинской помощи женщинам в период беременности (I раздел) и женщинам в период родов и в послеродовой период (II раздел).

В I разделе Порядка (п. 3) говорится, что медицинская помощь женщинам в период беременности оказывается в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Согласно п. 18 Порядка несовершеннолетние беременные отнесены к беременным женщинам с отягощенным акушерским анамнезом (наряду со многими другими категориями беременных), которые могут направляться в консультативно-диагностические отделения перинатальных центров как медицинские организации третьего уровня. Такая возможность не является обязанностью маршрутизации беременных несовершеннолетних, а предоставляет дополнительные гарантии медицинским организациям первого и второго уровня, ведущим беременность несовершеннолетних, официально направлять таких женщин для получения необходимых высокопрофессиональных консультаций по акушерской

Из опыта организатора здравоохранения

тактике, тактике наблюдения и подготовки к родам, а также месту и способу родоразрешения.

Во II разделе Порядка (п. 28) сказано, что медицинская помощь женщинам в период родов и в послеродовой период оказывается в рамках специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи. При этом не существует отдельного критерия — несовершеннолетние беременные — для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в период родов и в послеродовой период в акушерский стационар первой, второй или третьей группы (п. 29.1—29.3). Все определяется степенью риска периода родов и послеродового периода у роженицы и ребенка. Тем самым государство при гарантированности качества и доступности оказания медицинской помощи старается эффективным образом распределить свои ресурсы.

Таким образом, Порядок не устанавливает обязанности направления врачом несовершеннолетних беременных в медицинские организации только третьего уровня во время беременности или на роды.

Возможно возникновение ситуаций, когда несовершеннолетней в послеродовом периоде потребуются медицинская помощь по направлениям «детская кардиология», «детская онкология», «детская урология-андрология», «детская хирургия», «детская эндокринология», «педиатрия» и др. Согласно Положению о лицензировании медицинской деятельности (Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра „Сколково“)), а также квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки „Здравоохранение и медицинские науки“)), для оказания несовершеннолетним специализированной помощи медицинскому учреждению необходима соответствующая лицензия по определенным направлениям медицинской деятельности, связанным с оказанием помощи таким пациентам.

Предполагается, что при возникновении в акушерском учреждении второй группы ситуации, когда несовершеннолетним родильницам потребуются медицинская помощь именно по указанным ранее направлениям, законодательно предусмотрена необходимость перенаправления их в иные учреждения здравоохранения, у которых есть лицензия на оказание соответствующих медицинских услуг.

Таким образом, сами по себе обстоятельства, которые заключаются в возможности возникновения у несовершеннолетних заболеваний/состояний, лечение которых не охватывается содержанием лицензии родовспомогательного учреждения, не являются препятствием для оказания данным пациенткам помощи во время беременности, в период родов, в послеродовом периоде в данных учреждениях в соответствии с имеющейся у них лицензией. Данный вывод подтверждается также содержанием п. 26 Приказа № 572н, который определяет зависимость возможности оказывать медицинскую помощь во время беременности, в родах и в послеродовом периоде непосредственно от имеющейся лицензии на осуществление медицинской деятельности, включая работы (услуги) по «акушерству и гинекологии» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и/или «акушерскому делу». Положения указанного нормативного документа распространяются и на несовершеннолетних рожениц/родильниц.

Также следует отметить, что в соответствии с п. 5 и п. 6 части 1 ст. 16 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» полномочиями органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья являются:

- организация первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, которые подведомственны исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации;
- создание условий для развития, а также для обеспечения качества и доступности медицинской помощи.

Необходимо отметить и то, что согласно п. 14 Приказа № 572н обязанность планомерно направлять в стационар беременных женщин на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах возложена на женские консультации. При этом в соответствии с п. 9 Правил организации деятельности женской консультации (Приложение № 1 к Приказу № 572н) названная организация проводит диспансерное наблюдение беременных, в том числе выделение женщин «групп риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода. Изучая полученные во время диспансерного наблюдения данные о беременных, в зависимости от установленной степени риска врач женской консультации направляет беременную несовершеннолетнюю пациентку на родоразрешение в соответствующий степени риска акушерский стационар.

Согласно п. 28 и п. 29.2 Приказа № 572н, если речь идет о средней степени риска, акушерскими

стационарами второй группы на равной основе являются:

- акушерские стационары (родильные дома, отделения, имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии, отделение анестезиологии-реаниматологии) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных;
- межрайонные перинатальные центры, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии (палаты интенсивной терапии) для женщин и отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

Иными словами, направление рожениц, в том числе несовершеннолетних, в перинатальные центры не определено в законе не только в качестве единственно возможного, но и в качестве приоритетного варианта.

В Санкт-Петербурге действуют распоряжение Комитета по здравоохранению от 27.12.2019 № 722-р «Лист маршрутизации беременных группы высокого акушерского и перинатального риска при

оказании медицинской помощи в женской консультации с целью получения консультативно-диагностической помощи» и информационные письма Комитета по здравоохранению от 24.03.2015 № 04/19-147/15-0-0 и от 25.12.2018 № 04/16-383/18-1-0 о маршрутизации несовершеннолетних во время беременности и в родах в Родильный дом № 10 (учреждение второй группы), учитывая, что на его базе много лет функционирует Центр «Маленькая мама», где существуют все возможности для оказания не только медицинской, но и медико-социальной, психологической и юридической помощи этим пациенткам. При наличии же серьезных соматических заболеваний несовершеннолетние в период беременности, на роды и послеродовой период направляются в акушерские учреждения третьей группы, где им оказывается медицинская помощь не только по профилю «акушерство и гинекология», но и по профилям имеющихся у них заболеваний.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 12.07.2020
Принята в печать 29.10.2020

Шегай М. М.¹, Шимановский Д. Н.²

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ГАДОЛИНИЙСОДЕРЖАЩИХ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНЫХ Контрастных средств при рассеянном склерозе

¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва

В статье рассмотрена фармакоэкономика применения гадолинийсодержащих контрастных средств для диагностики рассеянного склероза у пациентов. Использован калькулятор MS Excel для оценки затрат и анализа «влияния на бюджет» при лечении обострений рассеянного склероза, диагностика которого была проведена с помощью различных гадолинийсодержащих контрастных средств. Учитывались прямые медицинские затраты на диагностику с помощью магнитно-резонансного контрастного средства, госпитализацию вследствие возникновения обострения в соответствии с системой обязательного медицинского страхования. За счет сокращения числа случаев обострений рассеянного склероза благодаря использованию одномолярного магнитно-резонансного контрастного средства (гадобутрола) по сравнению с полумолярными (гадодиамидом, гадотеровой кислотой и гадотеридолом) у 1 тыс. пациентов можно уменьшить финансовые затраты от минимум 1 968 642 руб. до максимум 7 175 520 руб. Затраты на МРТ-диагностику с контрастным усилением и лечение обострений РС повышаются в ряду: гадобутрол < гадодиамид (Джодас Экспоим) < гадодиамид (ДжиИ Хэлскеа) < гадотеридол < гадотеровая кислота.

Ключевые слова: магнитно-резонансные контрастные средства; одномолярный препарат; полумолярный препарат; гадобутрол; гадотеридол; гадодиамид; гадотеровая кислота; анализ затрат; анализ «влияния на бюджет».

Для цитирования: Шегай М. М., Шимановский Д. Н. Фармакоэкономический анализ применения гадолинийсодержащих магнитно-резонансных контрастных средств при рассеянном склерозе. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):343–346. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-343-346>

Для корреспонденции: Шимановский Денис Николаевич, студент IV курса факультета Международная школа «Медицина будущего» Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова, e-mail: denisshimmmmm@mail.ru

Shgay M. M.¹, Shimanovsky D. N.²

THE PHARMACOLOGICAL ECONOMIC ANALYSIS OF APPLICATION OF MAGNETIC RESONANCE CONTRAST MEDIA CONTAINING GADOLINIUM IN CASE OF MULTIPLE SCLEROSIS

¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of Minzdrav of Russia (Sechenov University), 119991, Moscow, Russia

The article considers issues of pharmacoeconomics of applying gadolinium-containing contrast medium in diagnostic of multiple sclerosis in patients. Materials and methods: The MS Excel calculator was applied to estimate costs and analyze impact on the budget under treatment of multiple sclerosis exacerbations, that were diagnosed using various gadolinium-containing contrast mediums. The direct medical costs for diagnostics with gadolinium-containing contrast medium and hospitalization due to exacerbation in accordance with mandatory medical insurance system were taken into account. The results. At the expense of reducing number of multiple sclerosis exacerbations due to the use of single-molar gadolinium-containing contrast medium (gadobutrol) as compared with semi-polar gadolinium-containing contrast medium (gadodiamide, gadoteric acid and gadoteridol) in 1000 patients it is possible to reduce financial expenses from 1,968,642 to 7,175,520 RUB. Conclusion. The cost of magnetic resonance imaging diagnostics with contrast enhancement and treatment of multiple sclerosis exacerbations increases in the series: gadobutrol < gadodiamide (Jodas Expoim) < gadodiamide (GE Health Care) < gadoteridol < gadoteric acid.

Keywords: multiple sclerosis; gadolinium contrast media; single-molar drug; semi-molar drug; gadobutrol; gadoteridol; gadodiamide; gadoteric acid; cost analysis; budget impact analysis.

For citation: Shgay M. M., Shimanovsky D. N. The pharmacological economic analysis of application of magnetic resonance contrast mediums containing gadolinium in case of multiple sclerosis. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):343–346 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-343-346>

For correspondence: Shimanovsky D. N., the Student of the fourth year of the Faculty International School “Meditsina Buduschego” of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: denisshimmmmm@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 22.08.2020

Accepted 29.10.2020

Введение

Гадолинийсодержащие контрастные средства (ГКС) представляют собой неотъемлемую часть клинической магнитно-резонансной томографии

(МРТ), так как позволяют значительно улучшить диагностику заболеваний внутренних органов, в том числе при рассеянном склерозе (РС) [1]. Одним из основных признанных критериев МакДональда такой диагностики является выявление очага на T1-

взвешенных изображениях с контрастированием гадолинием [2].

Важным шагом в развитии применения ГКС стало появление первого в мире одномолярного (1,0 М) препарата гадобутрола. Кроме двукратной концентрации гадолиния, он имеет наибольшую релаксирующую активность (т. е. контрастирующую способность) и благодаря макроциклической неионной структуре дает наилучшие гарантии переносимости [3]. Гадобутрол как единственный препарат представляет собой препарат выбора для выявления мелких очагов РС, а также проведения ангиографии и перфузионных исследований. Применение гадобутрола, несомненно, способствовало повышению качества диагностики больных с заболеваниями центральной нервной системы (ЦНС) и сделало их лечение более обоснованным и контролируемым [1, 4]. Установлено, что применение гадобутрола значительно повышает чувствительность МРТ с контрастным усилением при выявлении активных очагов поражения среди пациентов с РС по сравнению с применением ГКС с полумолярной (0,5 М) концентрацией гадолиния [5, 6].

Поскольку в последнее время стали уделять внимание не только безопасности и эффективности применяемых лекарственных средств, но и финансовым вопросам, связанным с лекарственным обеспечением, важно оценить затраты, которые несет здравоохранение при диагностике и лечении РС. В связи с этим целью работы стал фармакоэкономический анализ финансовых затрат, необходимых для проведения МРТ с контрастным усилением и последующего лечения случаев обострений.

Материалы и методы

Фармакоэкономическое моделирование было проведено с помощью калькулятора программного пакета MS Excel и включало в себя анализ эффективности, анализ затрат и анализ «влияния на бюджет», сценарии, когда все исследования проводятся с помощью 1,0 М магнитно-резонансных контрастных средств (МРКС) либо все исследования проводятся с помощью полумолярных МРКС.

Проведен информационный поиск в базах PubMed, Medline, eLIBRARY.RU, Cyberleninka для выявления статей, посвященных применению гадолинийсодержащих МРКС при магнитно-резонансных исследованиях поражений ЦНС, в том числе для диагностики РС, которые включали метаанализ и сравнительные исследования. Было выбрано исследование [7], посвященное фармакоэкономической оценке применения 1,0 М ГКС в сравнении с 0,5 М препаратами.

Для расчета количества случаев обострения была использована следующая формула:

$$N_{\text{осл}} = N_{\text{иссл}} \cdot (P_{\text{усп}} \cdot P_{\text{обостр1}} + P_{\text{неусп}} \cdot P_{\text{обостр2}}),$$

где $N_{\text{осл}}$ — количество осложнений; $N_{\text{иссл}}$ — количество исследований с помощью МРКС; $P_{\text{усп}}$ — вероятность успешной диагностики; $P_{\text{обостр1}}$ — вероятность возникновения обострения после успешной диагно-

Коэффициенты затратоемкости законченного случая терапии РС в круглосуточном стационаре

Диагноз	Номер клинико-статистической группы	Клинико-статистическая группа	Коэффициент затратоемкости
РС	st36.001	Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина	4,32
	st15.004	Демиелинизирующие болезни нервной системы	1,33
	st15.008	Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень1)	1,61

Примечание. Определены в соответствии с Совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2019 № 11-7/И/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 17033/26-2/и «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (<http://www.ffoms.ru/documents/the-orders-oms/metodicheskie-rekomendatsii-po-sposobam-oplaty-meditsinskoy-pomoshchi-za-schet-sredstv-oms/>).

стики; $P_{\text{неусп}}$ — вероятность неуспешной диагностики; $P_{\text{обостр2}}$ — вероятность возникновения обострения после неуспешной диагностики.

Для оценки затрат были рассчитаны прямые затраты, которые включали в себя затраты на ГКС в зависимости от выбранного подхода и затраты на терапию осложнений.

При расчете затрат были учтены стоимости ГКС для диагностики РС: гадобутрола (Байер АГ), гадодиамида (Джодас Экспоим, ДжиИ Хэлскэа), гадотеровой кислоты (Гэрбэ) гадотеридола (Бракко). Для фармакоэкономических расчетов использования различных лекарственных форм ГКС были условно разделены вводимые объемы ГКС на 15 мл (для 0,5 М ГКС) и 7,5 мл (для 1,0 М ГКС) для пациентов с относительно низкой массой тела (менее 75 кг) и 30 мл (для 0,5 М ГКС) и 15 мл (для 1,0 М ГКС) для пациентов с более высокой массой тела (более 75 кг), так как стандартная доза по объему для 0,5 М ГКС (0,2 мл/кг) в 2 раза больше 1,0 М ГКС (0,1 мл/кг). Цены МРКС были взяты на основании средневзвешенных тендерных цен за упаковку (за период с 01.01.2020 г. по 01.07.2020 г.) для более достоверного и точного сравнения, в силу отсутствия некоторых препаратов в перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и в государственном реестре предельных отпускных цен (гадотеро-вая кислота). Тендерные цены (средневзвешенная стоимость одной упаковки), по данным IQVIA (ранее IMS) «Тендеры ГЛС и БАД в РФ», составляют: для гадобутрола (7,5 мл № 5), гадобутрола (15 мл № 5), гадодиамида (ДжиИ Хэлскэа, 15 мл № 10), гадодиамида (Джодас Экспоим, 15 мл № 10), гадотеро-вой кислоты (15 мл № 1), гадотеридола (15 мл № 1) 15 047,50; 30 835,47; 18 347,01; 11 182,09; 3721,65 и 2227,30 руб. соответственно.

Стоимость лечения случая осложнения рассчитывалась с использованием норматива финансовых затрат на один случай госпитализации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях за счет средств обязатель-

Из опыта организатора здравоохранения



Рис. 1. Анализ влияния терапии на бюджет с учетом 1 тыс. случаев диагностирования (для пациентов с массой тела менее 75 кг; в руб.).

ного медицинского страхования (согласно Программе государственных гарантий на 2020 г. — 34 713,70 руб.) и коэффициента затратоемкости законченного случая терапии РС, полученного из модели клинко-статистической группы, утвержденной на 2020 г. (Постановление Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»; Совместное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2019 № 11-7/И/2-11779 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 17033/26-2/и «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» ([http://www.ffoms.ru/documents/the-orders-oms/metodicheskie-](http://www.ffoms.ru/documents/the-orders-oms/metodicheskie)



Рис. 2. Анализ влияния терапии на бюджет с учетом 1 тыс. случаев диагностирования (для пациентов массой тела более 75 кг; в руб.).

rekomentatsii-po-sposobam-oplaty-meditsinskoj-pomoshchi-za-schet-sredstv-oms/) (см. таблицу).

Итоговая стоимость госпитализации больного с РС была рассчитана по следующей формуле:

$$C_{\text{ср}} = \text{НФЗ}_{\text{КС}} \times \text{КЗ},$$

где $C_{\text{ср}}$ — стоимость лечения одного случая РС; $\text{НФЗ}_{\text{КС}}$ — норматив финансовых затрат терапии на один случай госпитализации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в круглосуточном стационаре; КЗ — средний коэффициент затратоемкости законченного случая терапии РС.

Для расчетов прямых затрат была использована когорта в 1 тыс. пациентов (Методические рекомендации по оценке влияния на бюджет в рамках реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. ФГБУ «ЦЭКМП» Минздрава России).

Результаты исследования

В ходе информационного поиска в базах Pub-Med, Medline, eLIBRARY.RU, Cyberleninka и других открытых источниках было обнаружено более 400 статей. Оказалось, что частота возникших обострений РС при МРТ-диагностике с помощью гадодиамида, гадотеровой кислоты, гадотеридола (0,5 М препараты) составила 50,3%, тогда как при использовании 1,0 М гадобутрола — 43,2%. Иными словами, моделирование анализа эффективности показало, что применение 1,0 М ГКС является более эффективным по сравнению с применением 0,5 М ГКС и позволяет предотвратить большее количество обострений РС.

С учетом частоты возникновения обострений, указанной ранее, стоимость терапии обострения в среднем на одного пациента при проведении исследования 0,5 М ГКС составила 42 216 руб., а при проведении исследования 1,0 М ГКС — 36 316 руб. Результаты анализа затрат на 1 тыс. пациентов представлены на рис. 1 и 2.

Следовательно, применение гадобутрола вне зависимости от массы тела пациента при проведении МРТ-диагностики РС позволяет добиться экономии денежных средств по сравнению с применением любого из рассматриваемых полумолярных ГКС.

Заключение

Анализ затрат на непосредственно ГКС и лечение обострений РС указывает на их увеличение в ряду: гадобутрол < гадодамид (Джодас Экспоим) < гадодамид (ДжиИ Хэлскеа) < гадотеридол < гадотеровая кислота и целесообразность применения макроциклического одномолярного препарата второго поколения гадобутрола. За счет сокращения числа случаев обострений РС благодаря использованию одномолярного МРКС (гадобутрол) по сравнению с полумолярными МРКС (гадодамидом, гадотеровой кислотой и гадотеридолом) у 1 тыс. пациентов можно уменьшить финансовые затраты от минимум 1 968 642 руб. до максимум 7 175 520 руб.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиханов А. А., Шимановский Н. Л. Применение магнитно-резонансных контрастных средств в детской практике *Лучевая диагностика и терапия*. 2016;1(7):82—94.

2. Thompson A. J., Banwell B. L., Barkhof F. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *Lancet Neurol*. 2018;17(2):162—73. doi: 10.1016/S1474-4422(17)30470-2
3. Алиханов А. А., Шимановский Н. Л. Преимущества применения одномолярного гадолинийсодержащего магнитно-резонансного контрастного средства по сравнению с полумолярными препаратами при диагностике рассеянного склероза *Медицинская визуализация*. 2008;(5):73—80.
4. Алиханов А. А., Шимановский Н. Л. Диагностическая эффективность, безопасность и биоэквивалентность применения гадобутрола у детей до 2 лет по сравнению с более старшими детьми и взрослыми *Вестник рентгенологии и радиологии*. 2017;98(2):97—102.
5. Rovira X. A., Auger X. C., Huerga X. E., Corral X. J. F., Mitjana X. R. Cumulative dose of macrocyclic gadolinium-based contrast agent improves detection of enhancing lesions in patients with multiple sclerosis. *Am. J. Neuroradiol*. 2017;38(8):1486—93. doi: 10.3174/ajnr.A5253
6. Uysal E., Erturk S. M., Yildirim H., Seleker F., Basak M. Sensitivity of immediate and delayed Gadolinium-Enhanced MRI after injection of 0.5 M and 1.0 M gadolinium chelates for detecting multiple sclerosis lesions. *Am. J. Neuroradiol*. 2007;188:697—702.
7. Кармазановский Г. Г., Барышев П. М., Шимановский Н. Л. Фармакоэкономическая оценка применения одномолярного гадолинийсодержащего магнитно-резонансного контрастного средства по сравнению с полумолярными препаратами для диагностики заболеваний центральной нервной системы. *Медицинская визуализация*. 2012;(4):113—7.

Поступила 22.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Alikhanov A. A., Shimanovskiy N. L. The use of magnetic resonance contrast agents in children's practice. *Luchevaya diagnostika i terapiya*. 2016;7(1):82—94 (in Russian).
2. Thompson A. J., Banwell B. L., Barkhof F. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *Lancet Neurol*. 2018;17(2):162—73. doi: 10.1016/S1474-4422(17)30470-2
3. Alikhanov A. A., Shimanovskiy N. L. Advantages of using a single-polar gadolinium containing magnetic resonance contrast agent in comparison with semi-polar drugs in the diagnosis of multiple sclerosis. *Meditinskaya vizualizatsiya*. 2008;(5):73—80 (in Russian).
4. Alikhanov A. A., Shimanovskiy N. L. Diagnostic efficacy, safety, and bioequivalence of gadobutrol in children under 2 years of age compared to older children and adults. *Vestnik rentgenologii i radiologii*. 2017;98(2):97—102 (in Russian).
5. Rovira X. A., Auger X. C., Huerga X. E., Corral X. J. F., Mitjana X. R. Cumulative dose of macrocyclic gadolinium-based contrast agent improves detection of enhancing lesions in patients with multiple sclerosis. *Am. J. Neuroradiol*. 2017;38(8):1486—93. doi: 10.3174/ajnr.A5253
6. Uysal E., Erturk S. M., Yildirim H., Seleker F., Basak M. Sensitivity of immediate and delayed Gadolinium-Enhanced MRI after injection of 0.5 M and 1.0 M gadolinium chelates for detecting multiple sclerosis lesions. *Am. J. Neuroradiol*. 2007;188:697—702.
7. Karmazanovskiy G. G., Baryshev P. M., Shimanovskiy N. L. Pharmacoeconomical evaluation of the use of a single-polar gadolinium-containing magnetic resonance contrast agent in comparison with semi-polar drugs for the diagnosis of diseases of the Central nervous system. *Meditinskaya vizualizatsiya*. 2012;(4):113—7 (in Russian).

Образование и кадры

© Коллектив авторов, 2021
УДК 614.2

Амлаев К. Р., Койчуева С. М., Кошель В. И., Ходжаян А. Б.

КОМПАРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА ПО ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В РАМКАХ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО КЛАСТЕРА «СЕВЕРО-КАВКАЗСКИЙ»

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, 355000, г. Ставрополь

В статье представлены результаты компаративного анализа образовательного потенциала участников научно-образовательного медицинского кластера «Северо-Кавказский». Изучены различия в показателях среднего балла ЕГЭ абитуриентов образовательных организаций — участников кластера, обеспеченность научно-педагогическими работниками с учеными степенями, обеспеченность учебной литературой и другие показатели. Отмечено, что ужесточение проведения процедуры ЕГЭ и рост числа абитуриентов, поступающих по целевому набору, привели к некоторому снижению среднего балла ЕГЭ у абитуриентов. В то же время предпринимаемые членами кластера меры, направленные на улучшение значений мониторируемых Рособrnadzorом показателей деятельности образовательных организаций, изменяют тенденцию в состоянии образовательного потенциала кластера «Северо-Кавказский» в позитивном ключе.

К л ю ч е в ы е с л о в а: медицинское образование; научно-образовательный медицинский кластер; мониторинг образовательной деятельности.

Для цитирования: Амлаев К. Р., Койчуева С. М., Кошель В. И., Ходжаян А. Б. Компаративный анализ некоторых показателей результативности образовательных организаций Северо-Кавказского федерального округа по подготовке медицинских кадров в рамках научно-образовательного медицинского кластера «Северо-Кавказский». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):347–352. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-347-352>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики с курсом дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: kum672002@mail.ru

Amlaev K. R., Koichueva S. M., Koshel V. I., Khodjayan A. B.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF SOME INDICES OF EFFECTIVENESS OF OF EDUCATION ORGANIZATIONS OF THE NORTHERN CAUCASUS FEDERAL OKRUG CONCERNING MEDICAL PERSONNEL TRAINING WITHIN THE FRAMEWORK OF SCIENTIFIC EDUCATIONAL MEDICAL CLUSTER “THE NORTHERN CAUCASUS”

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Stavropol State Medical University”
355000, Stavropol, Russia

The article presents the results of comparative analysis of educational potential of participants of the scientific and educational medical cluster «North Caucasus». The differences in average unified state examination score of students of educational institutions — participants of the cluster, teaching staff with academic degrees, educational literature and other indices are examined. It is noted that the toughening of unified state examination procedure implementation and increase of number of applicants entering through target admission, resulted in certain decrease of average score of unified state examination in entrants. At the same time, measures undertaken by the cluster members targeting the improvement of the values of indices of educational organizations functioning monitored by Rosobrnadzor alter the trend in condition of educational potential of the cluster “North Caucasus” in a positive way.

К e y w o r d s: medical education; scientific and educational medical cluster; monitoring of educational activities.

For citation: Amlaev K. R., Koychueva S. M., Koshel V. I., Hodzhayan A. B. The comparative analysis of some indices of effectiveness of education organizations of the Northern Caucasus Federal Okrug concerning medical personnel training. *Problemi socialnoi gigieni, zdravoookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):347–352 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-347-352>

For correspondence: Amlaev K. R., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Chair of Public Health and Health Care, Medical Prevention and Informatics with the Course of Additional Professional Education of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Stavropol State Medical University”, e-mail: kum672002@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 18.07.2020
Accepted 29.10.2020

Эффективная подготовка будущих врачей играет ключевую роль в здравоохранении [1, 2]. Для решения данной задачи необходимо объединение научных, медицинских и экспертных сообществ на

платформах передовых университетов России. Это возможно в случае реализации концепции научно-образовательных медицинских кластеров (НОМК), на базе которых создаются или обновляются обра-

зовательные программы. По сути НОМК — это партнерство организаций, осуществляющих образовательную, научно-исследовательскую, медицинскую и воспитательную деятельность. В основе данной конструкции, созданной для решения стратегических задач в сфере здравоохранения, лежит преимущественно территориальный критерий, а иногда и специфика деятельности участников кластера, например стоматологический, фармацевтический [3—6].

Преимуществом НОМК является тот факт, что реализуемые его членами программы модернизации медицинского образования более всего удовлетворяют нуждам территории расположения кластера. НОМК лучше всего может справиться с задачей трансфера медицинских теоретических знаний в плоскость их практического применения, рассматривается как механизм, посредством которого теоретические идеи и представления по совершенствованию здравоохранения попадают в практику оказания медицинской помощи. Все это невозможно без сотрудничества с образовательными учреждениями, учреждениями науки, органами власти, а также учреждениями практического здравоохранения. Следовательно, ядром инновационного НОМК выступает взаимодействие между образовательными, исследовательскими и лечебными партнерами [7—9].

При этом принцип единства в деятельности НОМК предполагает объединение:

- материально-технических ресурсов (компьютерное оборудование, библиотечные фонды, информационные базы данных);
- учебно-методических материалов, результатов интеллектуальной деятельности, применяемых в образовательном процессе;
- профессиональных знаний, умений и навыков профессорско-преподавательского состава, привлекаемого к реализации программ и проектов в рамках совместной деятельности [8, 9].

В то же время конкурентная борьба вузов за студентов обострилась из-за большого числа образовательных организаций и расширения возможностей абитуриентов при поступлении. Университеты стараются предлагать новые формы и методики обучения, профессиональной ориентации и взаимодействия с будущими работодателями [10]. Для создания совместной образовательной концепции необходимо путем мониторинга определить векторы их деятельности по всем знаковым направлениям. Отправной точкой мониторинга был выбран 2012 г., когда Рособрнадзор начал систематический мониторинг образовательной деятельности университетов.

Для того чтобы адресно воздействовать на различные аспекты образовательной деятельности членов НОМК и разработать совместную программу со-

вершенствования образовательной деятельности НОМК, мы проанализировали образовательный потенциал медицинских университетов и медицинских факультетов (МФ) классических университетов, вошедших в НОМК «Северо-Кавказский».

Материалы и методы

Проведен анализ мониторируемых Рособрнадзором критериев деятельности образовательных организаций за 2012—2018 гг. с определением процента изменений.

Результаты исследования

Практически на всех МФ и в университетах НОМК «Северо-Кавказский» после достижения максимальных значений интегральных показателей образовательных потенциалов в 2016 г. отмечен некоторый спад (рис. 1).

При этом значительная отрицательная динамика наблюдалась в Ставропольском государственном медицинском университете (СтГМУ), на МФ Чеченского государственного университета (ЧГУ) и в Северо-Осетинской государственной медицинской академии (СОГМА) (рис. 2). Вероятно, это связано с несколькими воздействующими факторами: ужесточением критериев оценки результатов образовательной деятельности обучающихся, усложнением программ, изменениями контингента студентов (увеличением доли «целевиков», зачастую имеющих более низкий образовательный рейтинг), внедрением балльно-рейтинговой ежедневной оценки образовательных достижений студентов.

Средний балл ЕГЭ студентов, принятых по его результатам на очное обучение по программам бакалавриата и специалитета за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы РФ НОМК «Северо-Кавказский», у большинства членов кластера также не изменился.

Средний балл ЕГЭ студентов, принятых по результатам ЕГЭ на очное обучение по программам бакалавриата и специалитета с оплатой стоимости затрат на обучение физическими и юридическими

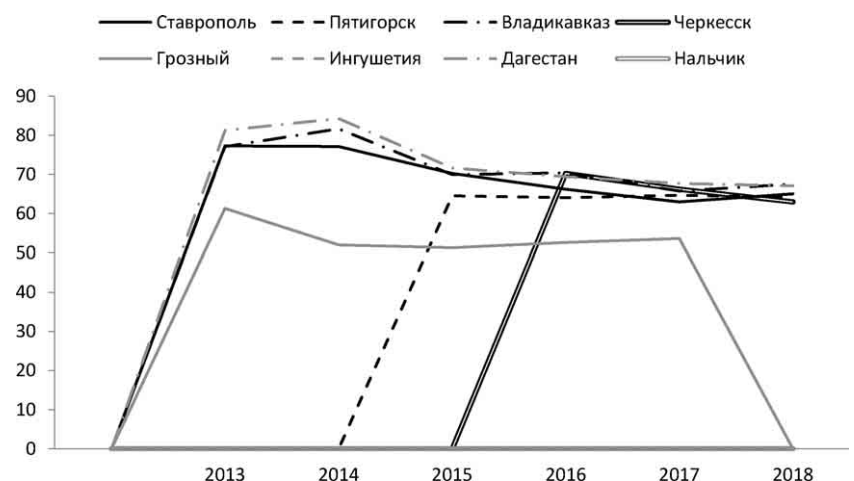


Рис. 1. Образовательная деятельность НОМК «Северо-Кавказский» в 2013—2018 гг. (в баллах).

Образование и кадры

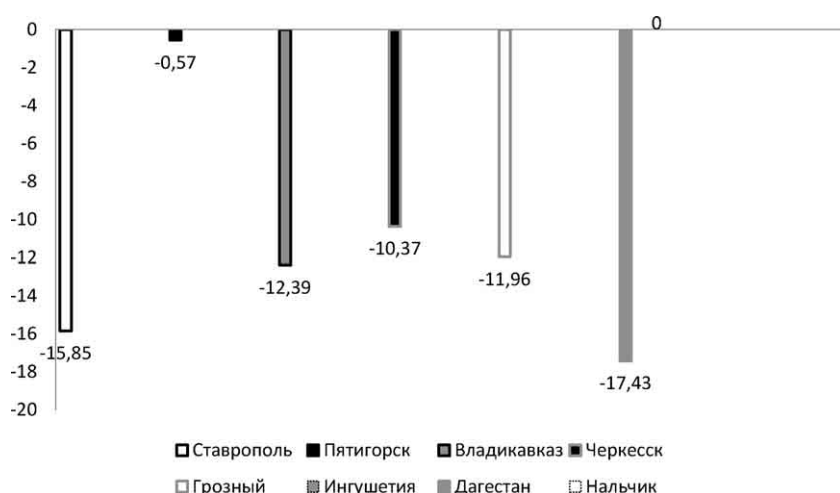


Рис. 2. Динамика показателей образовательной деятельности медицинских факультетов и университетов НОМК «Северо-Кавказский» за период 2012—2018 гг.

лицами НОМК «Северо-Кавказский», в основном снизился, вероятнее всего, за счет ужесточения процедуры проведения ЕГЭ, борьбы со злоупотреблениями при его сдаче. Динамика данного показателя в целом негативная, максимальное снижение установлено в СтГМУ, на МФ Ингушского государственного университета (ИГУ), в Дагестанском государственном медицинском университете (ДГМУ). Напротив, в тех образовательных организациях, где данный показатель был ниже, произошел его некоторый рост [Пятигорский филиал (ПФ) Волгоградского государственного медицинского университета (ВолГМУ) и СОГМА].

Анализ усредненного по реализуемым направлениям (специальностям) минимального балла ЕГЭ студентов, принятых по результатам ЕГЭ на обучение по очной форме на программы бакалавриата и специалитета НОМК «Северо-Кавказский», показал, что максимальный балл отмечен на МФ ИГУ в связи с имеющимся там высоким конкурсом из-за ограниченности бюджетных и коммерческих мест и отсутствия целевого обучения на МФ.

Максимальным процентом студентов, поступивших на целевое обучение в образовательные медицинские организации СКФО, был в СтГМУ, при этом он также вырос в ДГМУ и на МФ ЧГУ, а наибольший рост показателя отмечен на МФ ИГУ, хотя он и остается там на низком уровне (рис. 3).

Изучение удельного веса численности студентов, принятых по результатам целевого приема на I курс на очную форму обучения по программам бакалавриата и специалитета, в общей численности студентов, принятых на I курс по программам бакалавриата и специалитета на очную форму обучения НОМК «Северо-Кавказский», по-

казало, что динамика удельного веса «целевиков» в образовательных организациях по годам нестабильна, за последние 2 года устойчивый рост наблюдался только в СтГМУ, на МФ ИГУ и МФ ЧГУ, а в СОГМА, на МФ КГБУ и в ДГМУ наметилась тенденция к снижению удельного веса «целевиков».

Качество подготовки студентов-медиков зависит также от доступности современной учебной литературы, в связи с чем был изучен показатель обеспеченности обучающихся учебными пособиями.

Максимальное количество экземпляров печатных учебных изданий (включая учебники и учебные пособия) из общего количества единиц хранения библиотечного фонда, состоящих на учете, в расчете на одного студента отмечено в СОГМА ($n=161$), наименьшее — на МФ ЧГУ ($n=23$).

При этом максимальная положительная динамика показателя обеспеченности учебниками отмечена на МФ ЧГУ и ИГУ.

Изучение доли научно-педагогических работников (НПР), имеющих ученую степень кандидата наук, в общей численности НПР НОМК «Северо-Кавказский» показало, что данный показатель увеличился только в ДГМУ, а в ПФ ВолГМУ и СОГМА параметр, прежде находившийся на высоких позициях, снижается. На МФ ИГУ и ЧГУ значения данного показателя были низкими (37 и 44% соответственно), при этом на МФ ИГУ зафиксирован его рост на 95%. Наиболее высоким показатель удельного веса НПР, имеющих ученую степень кандидата наук, в общей численности НПР НОМК «Северо-Кавказский» был в СтГМУ и ДГМУ, где он продолжает расти, а наиболее низким — на МФ ИГУ и ЧГУ, хотя на МФ ИГУ отмечен максимальный прирост показателя (100%).

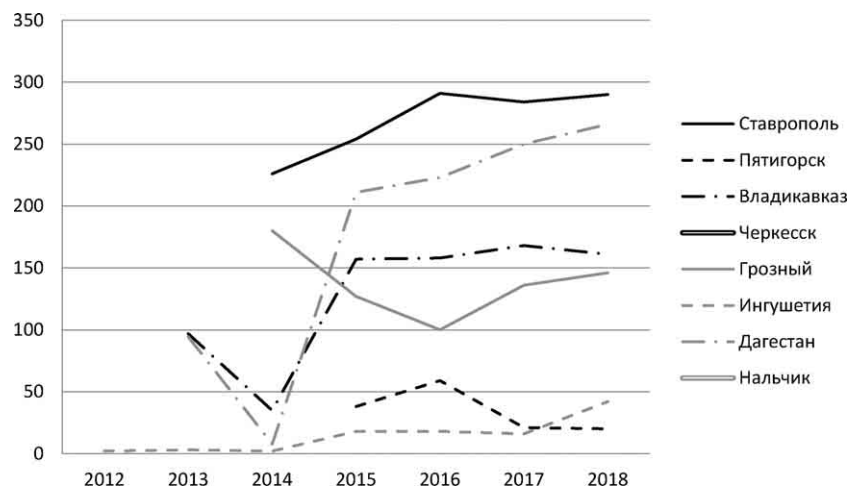


Рис. 3. Численность студентов по результатам целевого приема на I курс на очную форму обучения по программам бакалавриата и специалитета НОМК «Северо-Кавказский» в 2012—2018 гг. (в абс. ед.).

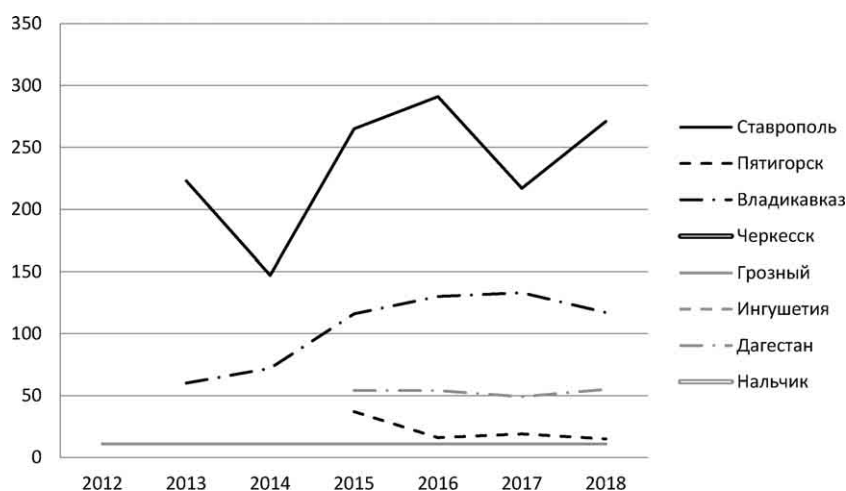


Рис. 4. Число предприятий, являющихся базами практики, с которыми оформлены договорные отношения НОМК «Северо-Кавказский» в 2012—2018 гг. (абс. ед.).

Число предприятий, являющихся базами практики, с которыми оформлены договорные отношения образовательных организаций НОМК «Северо-Кавказский», различается. У СтГМУ при высоком данном показателе отмечается его рост, некоторый рост также отмечен в СОГМА, в то время как у остальных членов кластера регистрируются низкие значения показателя и его снижение (рис. 4).

Перед российскими вузами поставлена задача нарастить их экспортный потенциал. В связи с этим было интересно проанализировать данный показатель в образовательных организациях НОМК «Северо-Кавказский». Только две образовательные организации добились успеха в данной сфере — СтГМУ и ПФ ВолГМУ. Остальным членам кластера предстоит большая работа в этом направлении.

Важным параметром, характеризующим результативность деятельности образовательных организаций, является трудоустройство выпускников. Динамические показатели данного параметра членов НОМК представлены на рис. 5.

Показатель удельного веса выпускников, трудоустроившихся в течение календарного года, следующего за годом выпуска, в общей численности выпускников образовательной организации, обучавшихся по основным образовательным программам высшего образования НОМК «Северо-Кавказский», в большинстве образовательных организаций снижается за исключением МФ ИГУ, где он равен 100%. В ДГМУ данный показатель также растет, занимая в то же время самую низкую позицию в кластере.

Анализ финансово-экономической деятельности объектов исследования показал, что практически все члены кластера НОМК «Северо-Кавказский» нарастили свой финансово-экономический потенциал, тем самым обеспечив

финансовую основу для обновления процессов во всех сферах деятельности.

При этом максимальный прирост ресурсов наблюдается у ПФ ВолГМУ (30,5%), СОГМА (29,1%), на МФ ЧГУ (30,4%) и в ДГМУ (63,5%).

Обсуждение

Представляется, что снижение численных показателей образовательной деятельности членов НОМК «Северо-Кавказский», вероятнее всего, вызвано ужесточением правил сдачи ЕГЭ, борьбой с коррупционными явлениями при прохождении ЕГЭ, сложностью современных программ и балльно-рейтинговой оценкой академических успехов студентов, предполагающей каждодневные «замеры» образовательных результатов обучающегося, изменением контингента студентов за счет увеличения доли «студентов-целевиков», имеющих, как правило, более низкие академические результаты. По этой же причине снизился и средний балл ЕГЭ студентов, принятых по его результатам на очное обучение по программам бакалавриата и специалитета за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы РФ НОМК «Северо-Кавказский».

Практически все члены кластера НОМК «Северо-Кавказский» сумели сориентироваться в новых экономических условиях и увеличить финансово-экономический потенциал своих образовательных организаций, что послужит основой для улучшения результативности в других сферах их деятельности.

Требуется серьезного отношения вопрос трудоустроенности выпускников, тем более что в условиях повсеместного дефицита врачебных кадров данный показатель демонстрирует тенденцию к снижению, особенно в Республике Дагестан, Северной

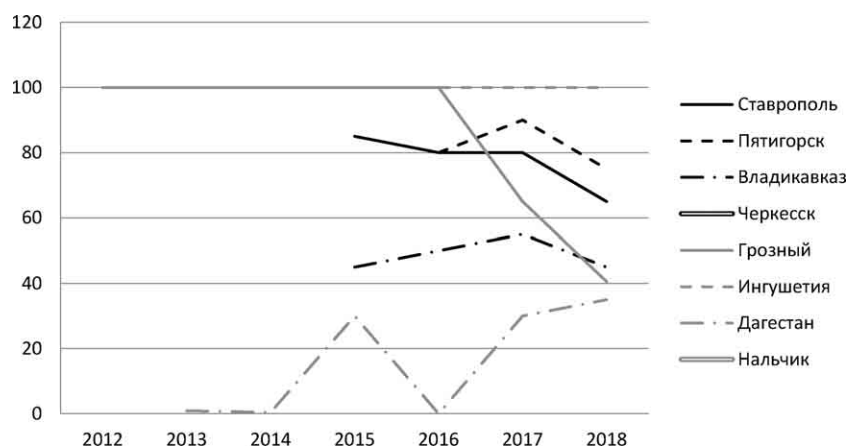


Рис. 5. Удельный вес выпускников, трудоустроившихся в течение календарного года, следующего за годом выпуска, в общей численности выпускников образовательной организации, обучавшихся по основным образовательным программам высшего образования НОМК «Северо-Кавказский» в 2012—2018 гг. (в %).

Образование и кадры

Осетии-Алании, Чеченской Республике. В образовательных организациях — членах НОМК происходит неравномерный рост числа «целевиков». Так, за последние 2 года данный показатель вырос в СтГМУ и на МФ ИГУ и ЧГУ, а в СОГМА, на МФ КГБУ и в ДГМУ он снизился.

Показатель удельного веса выпускников, трудоустроившихся в течение календарного года, следующего за годом выпуска, в общей численности выпускников образовательной организации, обучавшихся по основным образовательным программам высшего образования НОМК «Северо-Кавказский» в большинстве образовательных организаций снижается, за исключением МФ ИГУ, где данный показатель равен 100%, а в Дагестане он хотя и растет, но находится на самой низкой позиции в кластере.

Удельный вес НПП, имеющих ученую степень кандидата наук, в общей численности НПП НОМК «Северо-Кавказский» продемонстрировал рост только в ДГМУ, а в ПФ ВолГМУ и СОГМА, где прежде отмечались высокие его значения, наблюдается тенденция к снижению.

Для лучшей подготовки будущих врачей необходимы базы практики, но в большинстве организаций НОМК «Северо-Кавказский», за исключением СтГМУ, данный показатель снижается.

Задачу по наращиванию экспортного потенциала российского образования решить удастся только СтГМУ и ПФ ВолГМУ, хотя в СОГМА отмечен 98% рост числа иностранных обучающихся.

Заключение

Изложенное позволяет заключить, что образовательные организации по различным направлениям своей деятельности находятся на разных уровнях результативности. Использование опыта и потенциала образовательных организаций — членов НОМК «Северо-Кавказский» могло бы помочь сформировать комплекс мер по совершенствованию подготовки медицинских кадров в Северо-Кавказском федеральном округе, который также должен быть основан на анализе показателей общественного здоровья жителей региона и кадрового потенциала отрасли здравоохранения округа. В настоящее время перед участниками кластера стоит ряд задач по достижению медианных значений мониторируемых показателей образовательных организаций по тем направлениям, где отмечена негативная динамика.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амлаев К. Р., Блинкова Л. Н., Дахкильгова Х. Т. Ожирение: Современный взгляд на проблему. *Врач*. 2020;(3):1—5.
2. Амлаев К. Р., Муравьева А. А., Койчуева С. М., Ходжаян А. Б. Некоторые аспекты профессиональной ориентации абитуриентов при поступлении в образовательные организации высшего медицинского образования. *Медицинское образование и*

профессиональное развитие. 2020;11(1):28—40. doi: 10.24411/2220-8453-2020-11001

3. Заболотная С. Г. Научно-образовательный медицинский кластер. В сб.: Университетский комплекс как региональный центр образования, науки и культуры: Материалы Всероссийской научно-методической конференции. Оренбург: Оренбургский государственный университет; 2017. С. 3736—40.
4. Игнатова Т. В. Формирование управленческого резерва региона через развитие административно-образовательных кластеров. *Креативная экономика*. 2012;(3):94—9.
5. Водоматская Л. П., Кузнецова В. П. Научно-образовательный инновационный медицинский кластер как агрегированная структура экономической системы здравоохранения. *Государственное и муниципальное управление. Ученые записки*. 2019;(2):105—11.
6. Корчагина Н. А. Системный подход к организации помощи больным с инфарктом миокарда. Концептуальные основы кластерной политики на территории российских регионов. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: история, политология, экономика, информатика*. 2009;12(15—1):5—13.
7. Артамонова Г. В., Херасков В. Ю., Крючков Д. В., Барбараш Л. С. «Кемеровская модель». *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2013;(1):52—9. doi: 10.17802/2306-1278-2013-1-52-59
8. Полянская С. В. Формирование кластеров в здравоохранении как необходимое условие инновационного развития учреждений здравоохранения. *Вестник Поволжской академии государственной службы*. 2011;(3):132—6.
9. Артамонова Г. В., Данильченко Я. В., Костомарова Т. С., Черкас Н. В., Барбараш Л. С. Кластерный принцип повышения результативности научно-образовательной и медицинской деятельности. *Менеджер здравоохранения*. 2015;(3):43—50.
10. Ермолаева Е. В., Павлова Л. А. Медицинская профессия: требования современного общества. В сб.: Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. М.; 2013. С. 369—75.

Поступила 18.07.2020

Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Amlaev K. R., Blinkova L. N., Dakhkilgova H. T. Obesity: a Modern view of the problem. *Vrach*. 2020;(3):1—5 (in Russian).
2. Amlaev K. R., Muraveva A. A., Koichueva S. M., Khodjayan A. B. Some aspects of professional orientation of applicants for admission in educational organizations of higher medical education. *Meditinskoe obrazovanie i professionalnoe razvitie*. 2020;11(1):28—40. doi: 10.24411/2220-8453-2020-11001 (in Russian).
3. Zabolotnaya S. G. Scientific and educational medical cluster in the collection. In: University complex as a regional center of education, science and culture: Materials of the all-Russian scientific and methodological conference [Universitetskiy kompleks kak regional'nyy tsentr obrazovaniya, nauki i kultury: Materialy Vserossiyskoy nauchno-metodicheskoy konferentsii]. Orenburg: Orenburg State University; 2017. P. 3736—40 (in Russian).
4. Ignatova T. V. Formation of the administrative reserve of the region through the development of administrative and educational clusters. *Creative economy*. 2012;(3):94—9 (in Russian).
5. Vodomatskaya L. P., Kuznetsova V. P. Scientific and educational innovative medical cluster as an aggregated structure of the economic health system. *Gosudarstvennoe i municipalnoe upravlenie*. 2019;(2):105—11 (in Russian).

6. Korchagina N. A. System approach to the organization of care for patients with myocardial infarction Conceptual foundations of cluster policy in the Russian regions. *Scientific Bulletin of the Belgorod state University. Series: history, political science, Economics, Informatics*. 2009;12(15—1):5—13 (in Russian).
7. Artamonova G. V., Kheraskov V. Yu., Kryuchkov D. V., Barbarash L. S. «Kemerovo model». *Kompleksnyye problemy serdechno-sudistykh zabolovaniy = Complex problems of cardiovascular diseases*. 2013;(1):52—9. doi: 10.17802/2306-1278-2013-1-52-59 (in Russian).
8. Polyanskaya S. V. Formation of clusters in healthcare as a necessary condition for innovative development of healthcare institutions. *Vestnik Povolzhskoy akademii gosudarstvennoy sluzhby = Bulletin of the Volga state Academy of public service*. 2011;(3):132—6 (in Russian).
9. Artamonova G. V., Danilchenko Ya. V., Kostomarova T. S., Cherkas N. V., Barbarash L. S. Cluster principle of increasing the effectiveness of scientific, educational and medical activities health. *Manager zdravookhraneniya*. 2015;(3):43—50 (in Russian).
10. Ermolaeva E. V., Pavlova L. A. Medical profession: requirements of modern society. In: Society and health: current state and development trends: Collection of materials of the all-Russian scientific and practical conference, with international participation [*Obshchestvo i zdorov'ye: sovremennoye sostoyaniye i tendentsii razvitiya: Sbornik materialov Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem*]. Moscow; 2013. P. 369—75 (in Russian).

Кобякова О. С.¹, Деев И. А.¹, Куликов Е. С.¹, Тюфилин Д. С.¹, Плешков М. О.^{2,3}, Хомяков К. В.¹, Левко А. Н.¹, Балаганская М. А.¹, Загрямова Т. А.¹

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ: ФАКТОРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

¹ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 634050, г. Томск;

²ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», 634050, г. Томск;

³Медицинский центр Университета Маастрихта, 6211 LK, Маастрихт, Нидерланды

Один из инструментов повышения качества и доступности медицинской помощи — совершенствование кадровой политики в здравоохранении. При этом важной проблемой становится профессиональное выгорание среднего медицинского персонала, формирующееся под воздействием факторов, определение которых является целью данного исследования. В рамках работы проведен опрос 2486 средних медицинских работников при помощи анкеты (стандартизированного вопросника для измерения выгорания — Maslach Burnout Inventory) и 41 вопроса для оценки факторов социальной, профессиональной, экономической и физической сферы жизни. По результатам опроса были выявлены корреляции ряда факторов с высоким или низким уровнем интегрального значения выгорания, а также отдельных субшкал. Продемонстрированные взаимосвязи не различались для средних медицинских работников в городских и сельских медицинских организациях. Так, протективными факторами, наличие которых ассоциировано с меньшим уровнем профессионального выгорания, являлись более старший возраст ($r = -0,089$), нахождение в браке (ОШ=0,7; 95% ДИ 0,6—0,9), большее количество детей в семье ($r = -0,088$), а негативным, ассоциированным с развитием профессионального выгорания, — ощущение дефицита сна (ОШ=2,1; 95% ДИ 1,8—2,5). Поскольку корреляции оказались слабыми, был проведен множественный линейный регрессионный анализ с выбором наилучшей модели при помощи критерия Акаике. В результате сформированы две модели для интегрального значения профессионального выгорания и отдельной субшкалы «Эмоциональное истощение», описывающих 15% и 20% дисперсии. Модели позволяют не только сделать вывод о сочетании влиянии факторов на формирование выгорания, оценить количественно их вклад в развитие данного синдрома, но и разработать мероприятия, направленные на нивелирование негативных и усиление протективных факторов.

Ключевые слова: профессиональное выгорание; факторы риска профессионального выгорания; кадровая политика в здравоохранении

Для цитирования: Кобякова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С., Тюфилин Д. С., Плешков М. О., Хомяков К. В., Левко А. Н., Балаганская М. А., Загрямова Т. А. Медицинские сестры: факторы профессионального выгорания. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):353—358. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-353-358>

Для корреспонденции: Тюфилин Денис Сергеевич, аспирант кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики Сибирского государственного медицинского университета, e-mail: dtufilin@gmail.com

Kobyakova O. S.¹, Deev I. A.¹, Kulikov E. S.¹, Tyufilin D. S.¹, Pleshkov M. O.^{2,3}, Homyakov K. V.¹, Levko A. N.¹, Balaganskaya M. A.¹, Zagromova T. A.¹

THE MEDICAL NURSES: THE FACTORS OF PROFESSIONAL BURNING-OUT

¹Siberian State Medical University, 634050, Tomsk, Russia;

²Tomsk State University, 634050, Tomsk, Russia;

³Maastricht University Medical Center, 6211 LK, Maastricht, the Netherlands

Nowadays, the professional burnout of paramedical personnel becomes a serious health care problem, resulting in productivity loss and medical care costs increase. The most effective mean to prevent the mentioned burnout is elimination of risk factors. The study purpose is to identify such factors (both positive or negative ones) and to quantify their contribution into development of professional burnout as exemplified by paramedical personnel in the Tomsk Oblast of Russia. The study sampling included 2,486 paramedicals as respondents. The sociological survey was carried out using questionnaire that included the Maslach Burnout Inventory tool and questions to assess corresponding factors of social, professional, economic and physical spheres of life. The study established high prevalence of high degree (29.57%) and extremely high degree (37.01%) of professional burnout in respondents. The following factors were associated with decrease in likelihood of burnout: advanced age ($r = -0.089$), married status (OR = 0.7; 95% CI 0.6—0.9), higher number of children in family ($r = -0.088$), adequate sleep ($r = -0.046$), amount of time spent on sports per day ($r = -0.167$). The following factors were associated with increase in the likelihood of burnout: self-reported lack of sleep (OR = 2.1; 95% CI 1.8—2.5), frequent night shift work ($r=0.082$). The multiple linear regression analysis was applied with selection of model using the Akaike criterion: two mathematical models were formed for the integral value of professional burnout and its “Emotional exhaustion” sub-scale. The models described 15% and 20% of dispersion, respectively. The models allow both to quantify particular contributing factors to development of this syndrome and to develop programs of strengthening positive factors and mitigate negative ones. This will prevent development of professional burnout in paramedical personnel in the Tomsk Oblast.

Keywords: professional burnout; quality; health care; risk factors; paramedical personnel.

For citation: Kobyakova O. S., Deev I. A., Kulikov E. S., Tyufilin D. S., Pleshkov M. O., Homyakov K. V., Levko A. N., Balaganskaya M. A., Zagromova T. A. The medical nurses: the factors of professional burning-out. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):353—358 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-353-358>

For correspondence: Tyufilin D. S., post-graduate student of the Chair of Polyclinic Therapy and General Medical Practice of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Siberian State Medical University” of the Ministry of Health of Russia. e-mail: dtufilin@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Введение

От эффективности работы среднего медицинского персонала зависят качество и безопасность медицинской помощи, что предъявляет высокие требования не только к их знаниям и практическим навыкам, но и к эмоциональному облику, умению взаимодействовать в команде, а также проявлению профессионализма при общении с пациентами и их родственниками. Зачастую от этих умений зависит удовлетворенность пациента, которая в настоящее время является интегрированным показателем пациент-ориентированности медицинских организаций [1]. Одним из главных факторов, которые негативно влияют на коммуникационные компетенции среднего медицинского персонала, является характерный для представителей «помогающих» профессий синдром профессионального выгорания (ПВ); его высокая распространенность среди медицинских сестер и врачей показана во многих исследованиях в России и за рубежом [2—4].

В нашей предыдущей работе продемонстрировано, что лишь менее 1% медицинских сестер, принявших участие в исследовании, не имели признаков ПВ, у каждого пятого респондента была средняя степень выгорания, а у каждого третьего — высокая или крайне высокая [5].

Перспективные исследования за рубежом показывают, что профилактика развития ПВ, основанная на разработке упреждающих мер, возможна только при определении связи уровня выгорания с факторами социального, профессионального и экономического аспектов жизни представителей среднего медицинского персонала [6]. Усиление защитных и нивелирование провоцирующих факторов за счет реализации конкретных мер позволяет снизить общий уровень выгорания и тем самым повысить качество и безопасность медицинской помощи.

В связи с этим целью данной работы является изучение факторов ПВ медицинских сестер, что позволит положить начало разработке актуальных мер по нивелированию данной проблемы на территории Российской Федерации.

Материалы и методы

В рамках исследования была разработана анкета, которая состояла из 41 вопроса, направленного на оценку факторов жизни медицинского персонала: социальных (пол, возраст, состояние в браке, количество детей, бытовые условия), профессиональных (специальность, нагрузка на рабочем месте, организация трудового распорядка, комфорт на рабочем месте) и экономических (связанных с финансовым доходом и выплатами). В анкету также была включена сокращенная версия опросника Maslach Burnout Inventory (MBI) в русскоязычной адаптации, определяющего синдром эмоционального вы-

горания в трех субшкалах: эмоционального истощения (проявляется в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или эмоциональном перенасыщении), деперсонализации (деформация отношений с другими людьми, проявляющееся усиление негативизма, циничности установок и чувств по отношению к пациентам или клиентам) и редукции личных достижений (негативная самооценка, занижение своих профессиональных достижений и успехов, занижение собственного достоинства) [7, 8].

Высокие оценки по шкалам эмоционального истощения и деперсонализации в совокупности с низкими оценками по шкале персональных достижений (обратная шкала) указывают на наличие у субъекта состояния профессионального выгорания.

Участие в опросе было анонимным и добровольным. Заполненная анкета считалась подписанным информированным согласием респондента на участие в исследовании и разрешением на обработку предоставленных данных, о чем свидетельствовала соответствующая запись в начальной части опросника.

Для статистической обработки результатов исследования использовался пакет программ Statistica for Windows version 10.0. Качественные данные были представлены в виде абсолютных или относительных (%) частот, количественные — в виде $M \pm m$, где M — среднее арифметическое, m — стандартное отклонение. Нулевая гипотеза (об отсутствии различия значений между группами) отвергалась при $p < 0,05$. По результатам оценки профессионального выгорания вся выборка была разделена на две группы — с отсутствием и легкой степенью выгорания (оценивалась как группа без выгорания) и со средней, высокой и крайне высокой степенью выгорания (оценивалась как группа с выгоранием).

Для оценки различия средних в попарно несвязанных выборках использовался U -критерий Манна—Уитни, для номинальных переменных рассчитывалось отношение шансов. Проведен линейный регрессионный анализ с выбором наилучшей модели при помощи критерия Акаике, когда наименьшее число независимых переменных описывают наибольшую часть дисперсии [9].

Результаты исследования

В исследовании приняли участие 2486 средних медицинских работников Томской области. Описание основных характеристик респондентов представлено в табл. 1.

Данные об общем уровне выгорания в исследуемой популяции представлены в предыдущих наших работах, которые демонстрируют, что только у 0,68% ($n=17$) респондентов, принявших участие в исследовании, нет признаков ПВ, 14,04% имели низкую степень ПВ, 18,7% — среднюю, 29,57% — высокую и 37,01% — крайне высокую [5].

Т а б л и ц а 1

Характеристики среднего медицинского персонала, принявшего участие в исследовании

Параметр	Средний медицинский персонал		
	городские медицин- ские организации (n=1807)	сельские медицин- ские организации (n=679)	p
Возраст, годы	40,5±1,0	43,7±10,9	<0,001
Количество учреждений, в которых одновременно работает респондент, абс. ед.	1,2±0,6	1,1±0,3	<0,001
Общий медицинский стаж, годы	17,6±11,0	20,4±11,6	<0,001
Общее количество занимаемых ставок по медицинской должности во всех учреждениях, абс. ед.	1,2±0,5	1,2±0,4	0,327
Среднее количество пациентов (процедур/исследований), с которыми приходится работать в течение рабочего дня, абс. ед.	32,6±38,3	25,8±34,4	0,025
Общая продолжительность рабочего дня, ч	10,8±5,7	10,5±5,6	<0,001
Среднее количество ночных (по 12 ч) дежурств в месяц, абс. ед.	2,7±4,1	2,6±4,0	0,087
Среднее количество суточных (по 24 ч) дежурств в месяц, абс. ед.	2,2±3,8	2,3±4,3	0,426

Из числа социальных факторов протективное влияние на уровень интегрального значения ПВ оказывали более старший возраст ($r = -0,089$), нахождение в браке (ОШ=0,7; 95% ДИ 0,6—0,9), большее количество детей в семье ($r = -0,088$), большая продолжительность ежедневного сна ($r = -0,046$), а также количество времени в сутки, потраченного на занятия спортом ($r = -0,167$). При этом только ощущение дефицита сна оказалось значимым предиктором высокого уровня ПВ средних медицинских работников (ОШ=2,1; 95% ДИ 1,8—2,5; табл. 2).

Профессиональными факторами, которые ассоциируются с низким уровнем ПВ, оказались более продолжительный общий стаж среднего медицинского работника ($r = -0,105$), использование отпуска целиком (ОШ=0,8; 95% ДИ 0,7—0,9) и высокая удовлетворенность оснащением рабочего места (ОШ=0,6; 95% ДИ 0,5—0,8).

Большинство факторов, связанных с нагрузкой (количество занимаемых ставок по медицинским должностям; $r=0,057$), и по всем должностям ($r=0,041$), ночных дежурств ($r=0,082$), продолжительность рабочей недели ($r=0,056$) и затраты времени в пути к месту работы ($r=0,042$), определяли повышенный уровень интегрального значения ПВ (см. табл. 2).

Из числа экономических протективными факторами оказались суммарный средний доход на одного члена семьи ($r = -0,043$) и величина ежемесячных выплат по кредитам ($r = -0,043$).

Стоит отметить, что для всех остальных групп факторов существенных различий в субпопуляциях город / сельская местность, а также при стратификации по полу по сравнению с общей популяцией выявлено не было. Кроме того, все выявленные ассоциации характеризовались слабой корреляцией, которая тем не менее была статистически значима.

Поскольку все статистически значимые корреляции оказались слабыми, а также с целью определения совокупного влияния факторов и построения математической модели, описывающей формирование ПВ, был проведен множественный линейный регрессионный анализ с выбором наилучшей модели при помощи критерия Акаике (табл. 3). Анализ проведен с учетом всех трех субшкал, а также интегрального значения ПВ. Статистически значимыми

и описывающими наибольшую дисперсию оказались модели для субшкалы «Эмоциональное истощение» и интегрального значения выгорания.

«Свободный член» — это уровень эмоционального истощения, наблюдаемый при условии, что все количественные переменные равны нулю, а номинальные принимают первое значение (например, у респондента отсутствуют хронические заболевания, он находится в браке). Коэффициенты перед различными градациями номинальных характеристик (наличие хронического заболевания, работа в районной медицинской организации, уровень комфорта на рабочем месте) говорят о том, насколько изменится уровень эмоционального истощения при переходе от одной градации к другой с учетом того, что остальные переменные не изменяются. Например, при появлении хронических заболеваний значение по данной субшкале увеличится на 2,12 пункта. Если градаций больше двух, то коэффициент

Т а б л и ц а 2

Факторы, ассоциированные с ПВ респондентов

Факторы	r/ОШ
Социальные	
Возраст	-0,089
Количество детей в семье	-0,088
Затраты времени в сутки на занятия спортом	-0,167
Продолжительность ежедневного сна	-0,046
Семейное положение	0,729 (0,607—0,875)
Ощущение дефицита сна	2,134 (1,801—2,529)
Профессиональные	
Общий стаж работы	-0,105
Стаж работы как медицинского работника	-0,092
Общее количество занимаемых ставок по медицинской должности	0,057
Общее количество занимаемых ставок по всем должностям	0,041
Среднее количество суточных (по 24 ч) дежурств в месяц	0,082
Продолжительность рабочей недели (в днях) по всем должностям	0,056
Затраты времени в пути к месту работы	0,042
Удовлетворенность рабочим местом по оснащенности и комфорту	0,639 (0,536—0,762)
Использование ежегодного отпуска целиком	0,792 (0,669—0,936)
Экономические	
Суммарный средний доход на одного члена семьи	-0,043
Ежемесячные выплаты по кредитам	-0,066

П р и м е ч а н и е. В скобках — 95% ДИ.

Таблица 3

Результаты множественного линейного регрессионного анализа для субшкалы «эмоциональное истощение»

Фактор риска	Значение ко- эффициента	Стандартное от- клонение	t	p
«Свободный член»	13,35	1,9428	6,87	0,0000
Наличие хронического заболевания	2,12	0,4707	4,50	0,0000
Работа в районной медицинской организации	-1,48	0,5061	-2,93	0,0034
Наличие грамот, благодарственных писем или наград за трудовую деятельность	-1,40	0,5379	-2,60	0,0092
Ощущение дефицита сна	5,25	0,4618	11,37	0,0000
Первая квалификационная категория	1,78	0,7002	2,54	0,0112
Наличие административной должности по основному месту работы	3,87	0,5786	6,69	0,0000
Сотрудник редко использует перерыв на обед	1,69	0,5052	3,35	0,0008
Сотрудника не совсем устраивает его рабочее место	-2,52	0,4513	-5,58	0,0000
Сотрудник оценивает свою работу удовлетворительно (1 балл из 3)	2,15	0,5123	4,20	0,0000
Сотрудник оценивает свою работу неудовлетворительно (0 баллов из 3)	12,91	5,2395	2,46	0,0138
Семейное положение: никогда не был женат / никогда не была замужем	4,33	0,6747	6,41	0,0000
Сотрудник не использует весь отпуск целиком и не хочет этого	-4,68	1,3611	-3,43	0,0006
Сотруднику приходится использовать отпуск целиком, но он (она) бы хотел(а) разделить его	3,51	1,0304	3,41	0,0007
Сотруднику не удается использовать весь отпуск целиком, но он (она) бы хотел(а) этого	2,51	0,5331	4,71	0,0000
Среднее количество суточных (по 24 ч) дежурств в месяц	0,15	0,0621	2,43	0,0152
Количество рабочих дней в неделю по всем должностям	0,57	0,1890	3,01	0,0026
Время в сутки в среднем на занятия спортом	-2,60	0,3811	-6,83	0,0000

Примечание. Множественный R²=0,2039, скорректированный R²=0,1942.

Таблица 4

Результаты множественного линейного регрессионного анализа для интегрального (итогового) значения ПВ

Фактор риска	Значение ко- эффициента	Стандартное отклонение	t	p
«Свободный член»	5,5336	0,5089	10,87	0,0000
Наличие хронического заболевания	0,3435	0,1218	2,82	0,0049
Ощущение дефицита сна	1,0775	0,1202	8,96	0,0000
Первая категория	0,5034	0,1798	2,80	0,0051
Наличие административной должности по основному месту работы	0,9354	0,1489	6,28	0,0000
Сотрудник редко использует перерыв на обед	0,4100	0,1312	3,13	0,0018
Сотрудника не совсем устраивает его рабочее место	-0,5795	0,1169	-4,96	0,0000
Сотрудник оценивает свою работу удовлетворительно	0,6317	0,1320	4,79	0,0000
Сотрудник оценивает свою работу неудовлетворительно	4,8118	1,3625	3,53	0,0004
Семейное положение: никогда не был женат / никогда не была замужем	1,0799	0,1754	6,16	0,0000
Сотрудник не использует весь отпуск целиком и не хочет этого	-1,0745	0,3541	-3,03	0,0024
Сотруднику приходится использовать весь отпуск целиком, но он (она) бы хотел(а) разделить его	0,8161	0,2680	3,05	0,0023
Сотруднику не удается использовать весь отпуск целиком, но он (она) бы хотел(а) этого	0,4949	0,1385	3,57	0,0004
Общее количество занимаемых ставок по медицинской должности	0,3045	0,1656	1,84	0,0660
Среднее количество суточных (по 24 ч) дежурств в месяц	0,0586	0,0169	3,46	0,0006
Количество рабочих дней в неделю по медицинской должности	0,1317	0,0526	2,50	0,0124
Время в сутки в среднем на занятия спортом	-0,5794	0,0986	-5,87	0,0000
Средняя продолжительность сна	0,1250	0,0470	2,66	0,0079

Примечание. Множественный R² = 0,1654, скорректированный R² = 0,1558.

Таблица 5

Факторы, ассоциированные с ПВ среднего медицинского персонала, принявшего участие в исследовании

Протективный фактор	Негативный фактор
Эмоциональное истощение	
Индивидуальный график отпус- ка, соотношенный с пожелания- ми работника	Наличие хронического заболевания
Работа в районной медицин- ской организации	Ощущение дефицита сна
Наличие грамот, благодарствен- ных писем или наград за трудо- вую деятельность	Наличие административной нагрузки
Среднее (и выше) отношение к комфорту на рабочем месте	Редкое использование перерыва на обед
Занятия спортом	Неудовлетворительная оценка своей работы
	Семейное положение: никогда не был женат/никогда не была замужем
	Ситуация, когда не удается использо- вать весь отпуск целиком
Интегральное значение	
Среднее (и выше) отношение к комфорту на рабочем месте	Ощущение дефицита сна
Индивидуальный график отпус- ка, соотношенный с пожелания- ми работника	Неудовлетворительная оценка своей работы
Занятия спортом	Семейное положение: никогда не был женат / никогда не была замужем

означает переход с каждой из них на последующую. Каждый коэффициент при количественной характеристике (среднее количество суточных, по 24 ч, дежурств в месяц, количество рабочих дней в неделю по всем должностям и время, затраченное в среднем в сутки на занятия спортом) означает величину роста уровня эмоционального истощения при единичном увеличении. Например, увеличение времени в сутки на занятия спортом на 1 ч приведет к уменьшению данной субшкалы на 2,6 пункта.

Аналогичным образом описываются результаты, полученные при множественном линейном регрессионном анализе для интегрального (итогового) значения ПВ средних медицинских работников (табл. 4).

Множественный линейный регрессионный анализ не только подтвердил все корреляции, указанные ранее, но также позволил дать их более детальную количественную оценку и сформировать мате-

Образование и кадры

математическую модель, позволяющую предсказывать наличие у среднего медицинского персонала эмоционального истощения и значение интегрального показателя ПВ.

Продемонстрировано, какие факторы вносят наибольший вклад в развитие ПВ у среднего медицинского персонала. Обобщенные результаты анализа представлены в табл. 5.

Заключение

Впервые в России было проведено масштабное исследование факторов, ассоциированных с ПВ среднего медицинского персонала, на практически сплошной популяции отдельного региона — Томской области.

Вопреки расхожему мнению, экономические факторы, такие как суммарный средний доход на одного члена семьи и сумма ежемесячных выплат по кредитам, оказывали наименьшее влияние на развитие симптомов ПВ [9]. На первом месте оказались параметры, которые были связаны с организацией труда среднего медицинского персонала: наличие индивидуального графика отпуска, соотношенного с пожеланиями работника, комфорт на рабочем месте, а также использование перерыва на обед.

Кроме того, статистически значимыми и протективными по отношению к ПВ являются благоприятные факторы социальной сферы среднего медицинского персонала: состояние в браке, наличие грамот, благодарственных писем или наград за трудовую деятельность. Стоит отдельно отметить влияние физического состояния средних медицинских работников на развитие ПВ: ощущения дефицита сна, наличие хронических заболеваний и занятия спортом. Результаты данного исследования коррелируют с рядом зарубежных метаанализов и систематических обзоров, демонстрируя, однако, некоторые отличия от усредненных трендов [10—13].

На основании проведенной работы можно не только сделать выводы о необходимости разработки целевых профилактических мер развития ПВ при совершенствовании кадровой политики в сфере здравоохранения, а также выявить наиболее значимые мероприятия в данном направлении. Этими мероприятиями могут стать, например, модернизация рабочего места медицинской сестры, повышение уровня его комфортности. Подобные решения были реализованы в Сибирском государственном медицинском университете (СибГМУ) в рамках федерального проекта «Бережливая поликлиника» [14]. В проекте «Инновационные технологии в работе медицинских сестер клиник СибГМУ» в качестве инструмента оптимизации работы медицинских сестер использовались технологии бережливого производства, что позволило существенно увеличить удовлетворенность указанной категории сотрудников рабочими местами и повысить эффективность их деятельности.

Исследование позволяет также сделать вывод о том, что при развитии кадровой политики необходимо реализовывать такие мероприятия, как рацио-

нальное составление графика отпусков и его соотношение с пожеланиями работников, создание систем нематериального поощрения работы среднего медицинского персонала, корпоративные занятия физической культурой, медитацией и йогой, а также обеспечение доступа средних медицинских работников к спортивной инфраструктуре [15].

Именно целевые мероприятия, нивелирующие негативные факторы и усиливающие протективные, позволят предупреждать развитие ПВ и уменьшать последствия его распространения среди среднего медицинского персонала.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Садовой М. А., Кобякова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С., Табакаев Н. А., Тюфиллин Д. С., Воробьева О. О. Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «пациент всегда прав». *Бюллетень сибирской медицины*. 2017;(1):152—61. doi: 10.20538/1682-0363-2017-1-152-161
2. Dewa C. S., Loong D., Bonato S. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(6):e015141. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015141
3. Кобякова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С., Хомяков К. В., Тюфиллин Д. С., Загрямова Т. А., Балаганская М. А. Профессиональное выгорание врачей различных специальностей. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2017;(1):322—9. doi: 10.18821/0044-197X-2017-61-6-322-329
4. Monsalve-Reyes C. S., San Luis-Costas C., Gómez-Urquiza J. L., Alben-dín-García L., Aguayo R., Cañadas-De la Fuente G. A. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*. 2018;19(1):59. doi: 10.1186/s12875-018-0748-z
5. Кобякова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С., Хомяков К. В., Пименов И. Д., Загрямова Т. А., Балаганская М. А. Профессиональное выгорание среднего медицинского персонала: насколько, как и где? *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2017;(3):18—24.
6. Friganović A. Healthy Settings in Hospital — How to Prevent Burnout Syndrome in Nurses: Literature Review. *Acta Clin. Croatica*. 2017;56(2):292—8. doi: 10.20471/acc.2017.56.02.13
7. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Maslach Burnout Inventory Manual. California: CPP, Inc.; 1996.
8. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: Диагностика и профилактика. СПб.; 2005.
9. Kim S. H., Cohen A. S., Cho S.-J., Eom H. J. Use of Information Criteria in the Study of Group Differences in Trace Lines. *Appl. Psychol. Measur.* 2019;43(2):95—112. doi: 10.1177/0146621618772292
10. Gómez-Urquiza J. L., Monsalve-Reyes C. S., San Luis-Costas C., Fernández-Castillo R., Aguayo-Estremera R., Cañadas-de la Fuente G. A. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria*. 2017;49(2):77—85. doi: 10.1016/j.aprim.2016.05.004
11. Molina-Praena J., Ramirez-Baena L., Gómez-Urquiza J. L., Cañadas G. R., De la Fuente E. I., Cañadas-De la Fuente G. A. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018;(15):2800.
12. Queiros C., Carlotto M. S., Kaiseler M., Dias S., Pereira A. M. Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach. *Psicothema*. 2013;(25):330—5. doi: 10.7334/psicothema2012.246
13. Cañadas-De la Fuente G. A., Ortega E., Ramirez-Baena L., De la Fuente-Solana E. I., Vargas C., Gómez-Urquiza J. L. Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(10):2102. doi: 10.3390/ijerph15102102
14. Приоритетный проект Министерства здравоохранения Российской Федерации «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Утвержден президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам (протокол от 26 июля 2017 г. № 8). Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/>

informatsionnye-materialy-po-napravleniyu-strategicheskogo-razvitiya-rossiyskoy-federatsii-zdravooхранenie/sozdanie-novoy-modeli-meditsinskoy-organizatsii-okazyvayushey-pervichnyuyu-mediko-sanitarnuyu-pomosch (дара обращения 07.03.2019).

15. Thimmapuram J. R., Grim R., Bell T., Benenson R., Lavalley M., Modi M., Noll D., Salter R.. Factors Influencing Work-Life Balance in Physicians and Advance Practice Clinicians and the Effect of Heartfulness Meditation Conference on Burnout. *Glob. Adv. Health Med.* 2019;(8): 2164956118821056. doi: 10.1177/2164956118821056

Поступила 04.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

- Sadovoy M. A., Kobyakova O. S., Deev I. A., Kulikov E. S., Tabakaeв N. A., Tyufilin D. S., Vorobyeva O. O. Satisfaction with the quality of medical care: «you cannot please everyone» or «the patient is always right.» *Bulleten' sibirskoy mediciny.* 2017;(1):152—61. doi: 10.20538/1682-0363-2017-1-152-161 (in Russian).
- Dewa C. S., Loong D., Bonato S. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open.* 2017;7(6):e015141. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015141
- Kobyakova O. S., Deev I. A., Kulikov E. S., Homjakov K. V., Tyufilin D. S., Zagromova T. A., Balaganskaya M. A. The Professional Burnout Of Physicians Of Various Specialties. *Zdravooхранenie Rossijskoj Federacii.* 2017;(1):322—9. doi: 10.18821/0044-197X-2017-61-6-322-329 (in Russian).
- Monsalve-Reyes C. S., San Luis-Costas C., Gómez-Urquiza J. L., Al-bendin-García L., Aguayo R., Cañadas-De la Fuente G. A. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice.* 2018;19(1):59. doi: 10.1186/s12875-018-0748-z
- Kobyakova O. S., Deev I. A., Kulikov E. S., Homjakov K. V., Pimenov I. D., Zagromova T. A., Balaganskaya M. A. Occupational Burnout Of Nursing Personnel: How And Where? *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravooхранenie.* 2017;(3):18—24 (in Russian).
- Friganović A. Healthy Settings in Hospital — How to Prevent Burnout Syndrome in Nurses: Literature Review. *Acta Clin. Croatica.* 2017;56(2):292—8. doi: 10.20471/acc.2017.56.02.13
- Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Maslach Burnout Inventory Manual. California: CPP, Inc.; 1996.
- Vodopyanova N. E. Burnout syndrome. Diagnostics and prevention [*Sindrom vygoraniya. Diagnostika I profilaktika*]. St. Petersburg; 2005 (in Russian).
- Kim S. H., Cohen A. S., Cho S.-J., Eom H. J. Use of Information Criteria in the Study of Group Differences in Trace Lines. *Appl. Psychol. Measur.* 2019;43(2):95—112. doi: 10.1177/0146621618772292
- Gómez-Urquiza J. L., Monsalve-Reyes C. S., San Luis-Costas C., Fernández-Castillo R., Aguayo-Estremera R., Cañadas-de la Fuente G. A. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria.* 2017;49(2):77—85. doi: 10.1016/j.aprim.2016.05.004
- Molina-Praena J., Ramirez-Baena L., Gómez-Urquiza J. L., Cañadas G. R., De la Fuente E. I., Cañadas-De la Fuente G. A. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018;(15):2800.
- Queiros C., Carlotto M. S., Kaiseler M., Dias S., Pereira A. M. Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach. *Psicothema.* 2013;(25):330—5. doi: 10.7334/psicothema2012.246
- Cañadas-De la Fuente G. A., Ortega E., Ramirez-Baena L., De la Fuente-Solana E. I., Vargas C., Gómez-Urquiza J. L. Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(10):2102. doi: 10.3390/ijerph15102102
- Priority project of the Ministry of Health of the Russian Federation “Creation of a new model of a medical organization providing primary health care”. Approved by the Presidium of the Council under the President of the Russian Federation for Strategic Development and Priority Projects (Minutes No. 8 dated July 26, 2017) [*Prioritetnyj proekt Ministerstva zdravooхранenija Rossijskoj Federacii «Sozdanie novoy modeli medicinskoj organizacii, okazyvajushhej pervichnuju mediko-sanitarnuju pomoshh'». Uтверzhen prezidiumom Soveta pri Prezidente Rossijskoj Federacii po strategicheskomu razvitiyu i prioritetnym proektam (protokol ot 26.07.2017 g. no. 8)*]. Available at: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/informatsionnye-materialy-po-napravleniyu-strategicheskogo-razvitiya-rossiyskoy-federatsii-zdravooхранenie/sozdanie-novoy-modeli-meditsinskoy-organizatsii-okazyvayushey-pervichnyuyu-mediko-sanitarnuyu-pomosch> (accessed 07.03.2019).
- Thimmapuram J. R., Grim R., Bell T., Benenson R., Lavalley M., Modi M., Noll D., Salter R.. Factors Influencing Work-Life Balance in Physicians and Advance Practice Clinicians and the Effect of Heartfulness Meditation Conference on Burnout. *Glob. Adv. Health Med.* 2019;(8): 2164956118821056. doi: 10.1177/2164956118821056

История медицины

© Коллектив авторов, 2021
УДК 614.2

Затравкин С. Н.^{1,2}, Вишленкова Е. А.²

УХУЖДЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ СОВЕТСКИХ ЛЮДЕЙ В ЭПОХУ ЗАСТОЯ

¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;
²НИУ «Высшая школа экономики», 107000, г. Москва

В статье анализируются негативные изменения в состоянии здоровья населения СССР в эпоху застоя. Они прослежены на основе статистических показателей физического развития, цифровых данных об инфекционной и психической заболеваемости, смертности и ожидаемой продолжительности жизни. Взятые из официальных изданий, организованные в сравнительные таблицы и динамические ряды данные сопоставлены с показателями экологической загрязненности, качества питьевой воды и продуктов питания, объяснены политическими решениями по освоению незаселенных территорий, разворачиванию всесоюзных строек, (анти)алкогольными кампаниями.

Ключевые слова: заболеваемость; смертность; СССР; алкоголизм; экология.

Для цитирования: Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Ухудшение здоровья советских людей в эпоху застоя. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):359–368. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-359-368>

Для корреспонденции: Затравкин Сергей Наркизович, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: zatravkine@mail.ru

Zatravkin S. N.^{1,2}, Vishlenkova E. A.²

DETERIORATION OF SOVIET PEOPLE'S HEALTH IN AN ERA OF STAGNATION

¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;
²The National Research University "The Higher School of Economics", 107000, Moscow, Russia

The article analyzes negative changes in the USSR population health in the era of stagnation. These changes are traced on the basis of statistical indices of physical development, morbidity of infectious and mental diseases, mortality and life expectancy. The mentioned data are compared with indices of ecological pollution, drinking water and foodstuff quality. The study results are explained by political decisions on reclamation of unsettled territories, developing of all-Union constructions, (anti)alcohol campaigns.

Keywords: health; morbidity; mortality; the USSR; alcoholism; ecology.

For citation: Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A. Deterioration of Soviet people's health in an era of stagnation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;29(2):359–368 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-359-368>

For correspondence: Zatravkin S. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution "The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health" of the Minobrnauka of Russia. e-mail: zatravkine@mail.ru

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

Received 04.08.2020
Accepted 29.10.2020

На страницах научной печати и в средствах массовой информации конкурируют контрастные суждения об эффективности охраны здоровья в СССР в 1960—1980-е годы. Мнения высказывающихся по этому поводу специалистов и журналистов распределяются в широком спектре: от признания советской системы охраны здоровья образцом для подражания до констатации ее коллапса. В этой дискуссии эмоций, как правило, значительно больше, чем научных аргументов, которые чаще всего ограничиваются лишь официальными данными о состоянии сети и деятельности системы здравоохранения (количество врачей, коек, госпитализированных пациентов и т. д.) и демографической статистикой. Мы в этой дискуссии пошли от обратного, избрав в качестве критерия для оценки эффективности охраны

здоровья населения изменения в показателях состояния здоровья советских людей, т. е. руководствовались критериями, которые постепенно становятся главными в политической риторике современной России.

Статистика здоровья фигурировала в публикациях об эпохе застоя и раньше, но была фрагментарной и не выстраивалась в динамические ряды. Это было не лукавство или вина исследователей, а вынужденная необходимость. В 1960—1980-е годы из всей собираемой медицинской статистики в печать могли проникнуть лишь данные, которые убеждали читателей в успехах советского государства. Статистика неудач просочилась в медиа в период перестройки, но и тогда она дозировалась «Основными направлениями развития охраны здоровья насе-

ния и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке» (1987). Этот документ определял политику гласности и ожиданий в области медицины.

Постсоветские российские и зарубежные историки не были стеснены идеологическими ограничениями и даже имели доступ к засекреченным архивным документам. Но новых данных в дебаты о советском здоровье они не привнесли. Во-первых, исследовательский интерес к СССР тогда таял и оказался перенаправлен в сторону выделившихся государственных образований и их прошлого. Во-вторых, оперируя исключительно демографическими данными, историки тех лет говорили о глобальных проблемах государства и не улавливали в исследовательские сети проблемы советских людей со здоровьем.

В данной статье мы аккумулировали доступную на данный момент совокупность статистических данных о здоровье населения СССР за 1960—1980-е годы. Таблицы составлены на основе статистических справочников, которые издавались Министерством здравоохранения СССР ограниченным тиражом, а также на основе отчетов о проведенных исследовательских проектах Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко.

Показатели физического развития

Они использовались в СССР для демонстрации успехов социалистического строительства, роста благосостояния граждан и улучшения их питания. Действительно, со времени Великой Отечественной войны и вплоть до 1970 г. антропометрические показатели (рост, масса тела, окружность груди) выросли во всех возрастных группах и на всей территории Советского Союза. А показатель среднего роста женщин даже превзошел аналогичный показатель в США. Однако в 1970-е годы этот рост замер, а в 1980-е началось снижение средних антропометрических показателей советских детей по росту и массе тела. Причем такое наблюдалось во всех республиках [1]. Проведенные в СССР комплексные оценки уровня физического развития (сопоставление трех основных параметров тела) выявили группы населения, имевшие выраженную дисгармонию физического развития. В частности, было установлено, что в отдельных регионах 14,5—24% жителей имеют дефицит массы тела и недоразвитие груди, при этом до 23,2% лиц имели избыточную массу тела¹. К концу 1980-х годов жителей с избыточной массой тела стало 30% [3, 4].

Заболееваемость

Важным показателем здоровья населения является заболеваемость. Динамика ее показателей ред-

ко анализируется в историко-медицинской литературе.

В изучаемый период сплошной текущий учет заболеваемости осуществлялся лишь по социально значимым болезням. К ним относились многие инфекционные заболевания, включая туберкулез и инфекции, передаваемые половым путем, онкологические заболевания, психические расстройства, алкоголизм и наркомании.

Выстроенные нами динамические ряды показали устойчивый рост заболеваемости по всем этим группам. Во всяком случае, суммарная заболеваемость двадцатью пятью наиболее распространенными инфекционными заболеваниями за период 1960—1988 гг. выросла более чем в 2 раза — с 1382,5 до 3003,2 на 10 тыс. населения [5]. При этом показатели заболеваемости оспой, туберкулезом [6], корью, малярией, коклюшем, дифтерией, полиомиелитом устойчиво снижались, что обеспечивалось эффективными профилактическими мерами и вакцинацией. Однако это снижение перекрывалось ростом заболеваемости другими болезнями, против которых эффективных средств специфической профилактики найдено не было, и результат зависел от уровня социально-бытового развития территорий и качества здравоохранения. В первую очередь это относится к гепатитам: рост в 3,25 раза (с 13,24 на 10 тыс. населения в 1955 г. до 43,03 в 1983 г.) и острым кишечным инфекциям — рост в 1,6 раза (с 61,8 в 1955 г. до 101,9 в 1975 г.). Высокий показатель давала дизентерия: в 1972 г. врачи насчитали 64,6 случая на 10 тыс. населения². Выросла и заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем: в 2 раза гонореей (с 7,38 на 10 тыс. населения в 1960 г. до 14,7 в 1981 г.) и в 7,7 раза сифилисом (с 0,29 на 10 тыс. населения в 1963—1965 гг. до 2,24 в 1979 г.) [7]. За период 1960—1990 гг. число заболевших ветряной оспой увеличилось вдвое (рост с 30 до 60 случаев на 10 тыс. населения). Постоянно росла заболеваемость гриппом и инфекциями верхних дыхательных путей. В 1984 г. суммарная заболеваемость этими недугами достигла значения в 2751,25 случая на 10 тыс. населения. В абсолютных показателях это составило 75 млн 330 тыс. человек, из которых гриппом переболело чуть менее 16 млн [5].

Сопоставление показателей заболеваемости инфекционными болезнями в СССР и США — стране, наиболее соответствовавшей СССР по территории, климату и населению, — показало многократное превышение заболеваемости в СССР по подавляющему большинству нозологических форм (гепатиты, дизентерия, корь, паротит, туберкулез и др.)³ [5].

Еще более тревожной выглядит статистика психической заболеваемости советских граждан. В пе-

¹ Наибольшее число лиц с избытком массы тела было выявлено среди женщин в г. Краснодаре, а с дефицитом — среди детей в возрасте 4—5 лет в г. Целинограде [2].

² Показатель заболеваемости дизентерией был выше этого значения (65,7 на 10 тыс. населения) лишь во время Гражданской войны и голода в 1920 г. [5].

³ Обратная картина наблюдается только в отношении инфекций, передаваемых половым путем.

Таблица 1

Контингенты больных психическими расстройствами (на 100 тыс. населения) [8–15]

Год	Всего	Алко-голизм	Неврозы и психические расстройства непсихотического характера*	Эпилепсия без психо-за и слабоумия	Шизофрения и психозы, включая алкогольные ^е	Умственная отсталость	Наркомания и токсикомания
1963	835,3	Н/д	130,6	80,3	Н/д	91,15	8,2
1964	923,1	Н/д	143,3	87,3	Н/д	103,5	9,5
1971	1647,3	Н/д	273	103,1	509,5	312,2	10,5
1973	1925,1	513,6	368,8	113,3	552,4	365,5	11,5
1975	2260,5	679,5	429,2	121,6	599,1	417,6	12,7
1980	3029,6	1197,9	576,1	123,4	672	446,6	13,6
1985	3551,2	1589,9	630,3	117,0	687,9	511,2	14,9

Примечание. Здесь и в табл. 3: Н/д — нет данных.

* Неврозы, психопатии, расстройства непсихотического характера, возникающие в результате соматических заболеваний.

^е Сенильная и пресенильная деменция, психозы в результате прогрессивного паралича и других проявлений сифилиса ЦНС, психозы в результате атеросклероза мозга и других сосудистых поражений мозга, психозы или слабоумие в результате эпилепсии, шизофрении, маниакально-депрессивный психоз (МДП) и другие аффективные психозы, реактивные психозы;

Таблица 2

Число больных с впервые установленным диагнозом психического расстройства (на 100 тыс. населения) [8–15]

Год	Всего	Алко-голизм	Неврозы и психические расстройства непсихотического характера	Эпи-лепсия	Шизофрения и все психозы	Умственная от-сталость	Наркомания и токси-комания
1973	287,4	97,8	67,9	12,1	61,6	46,2	1,8
1975	328,0	121,4	77,5	11,5	67,6	47,9	2,0
1980	389,8	184,1	89,5	8,8	69,9	36,2	1,3
1985	426,3	203,8	108,3	8,1	62,5	40,1	3,5

Таблица 3

Число больных с впервые установленным диагнозом психического расстройства (на 100 тыс. детей в возрасте 0–14 лет) [8–15]

Год	Всего	Алко-голизм	Неврозы и психические расстройства непсихотического характера	Эпи-лепсия	Шизофрения и пси-хозы	Умственная от-сталость	Наркомания и токси-комания
1971	211,0	0	43,9	14,4	8,2	107,2	0
1973	243,9	0,003	98,9	15,4	8,9	120,7	0,02
1975	261,4	0,05	107,5	14,5	9,0	130,4	0,01
1980	288,2	Н/д	176,9	11,3	8,8	91,2	Н/д
1985	330,6	Н/д	210,0	10,9	7,8	101,9	Н/д

риод 1959–1985 гг. ежегодно росло число больных, которым ставился диагноз психического расстройства. В 1985 г. их было зарегистрировано без малого в полтора раза больше, чем в 1973 г., а общее число больных психическими расстройствами достигло 9,8 млн человек (табл. 1).

Неуклонно росла заболеваемость алкоголизмом, шизофренией и разнообразными психозами, а также неврозами и психическими расстройствами непсихотического характера, возникавшими в результате соматических заболеваний, в том числе у детей в возрасте до 14 лет (табл. 2 и 3). Постоянно увеличивались контингенты больных эпилепсией, умственной отсталостью, наркоманиями и токсикоманиями (см. табл. 1)

Положение несколько улучшилось в 1985–1987 гг. во время проведения антиалкогольной кампании, главным образом за счет снижения алкоголизма и алкогольных психозов. А вот дальнейшую динамику оценить трудно, поскольку в 1987 г. в СССР были изменены критерии постановки на диспансерный учет больных с психическими расстройствами: была выделена категория пациентов, наблюдаемых консультативно. Их перестали включать в статистику [15].

Отдельного упоминания заслуживает значительный (к 1980 г. более чем в 2,5 раза по сравнению с 1956 г.) рост числа самоубийств (табл. 4), остановившийся лишь в период и после проведения антиалкогольной кампании. В 1980 г. в СССР счеты с жизнью свели 71 353 человека [16].

В рассматриваемый период выросла и онкологическая заболеваемость. В два с четвертью раза (с 10,6 на 10 тыс. населения в 1958 г. до 23,7 в 1988 г.) увеличилось число больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования. А общая численность онкологических больных выросла с 28,2 до 102,5 пациента на 10 тыс. населения [8, 15].

Что же касается общей заболеваемости в СССР, то до 1989 г. ее сплошной текущий учет не осуществлялся. Изучение основных параметров проводилось на основании выборочных исследований на отдельных территориях или населенных пунктах.

Таблица 4

Число самоубийств (на 100 тыс. населения) [11, 12, 16]

Показатель	1956 г.	1960 г.	1962 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1990 г.
Самоубийства	10,08	13,03	14,18	23,23	25,94	26,98	21,06

Смертность населения СССР от основных классов причин смерти (на 100 тыс. населения) [11—14]

Год	Инфекционные и паразитарные заболевания	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины	Онкологические заболевания	Всего
1959	69,8	255,5	99,0	34,7	69,3	119,5	762,3
1964	39,8	282,9	68,8	24,7	77,3	124,4	694,2
1975	23,2	458,7	115,2	28,6	116,8	137,0	929,0
1980	23,3	540,5	109,2	30,0	132,8	139,5	1029,3
1985	23,3	584,7	95,8	30,2	112,3	149,9	1057,1

В связи с этим выстроить динамические ряды заболеваемости невозможно. Однако собранные нами результаты выборочных исследований, проведенных в 1958, 1967, 1970, 1977 и 1980 гг., позволяют констатировать рост заболеваемости болезнями органов дыхания, а также сердечно-сосудистыми и эндокринными заболеваниями. Их доля в структуре общей заболеваемости неуклонно росла [17—19]⁴. Так, истинная распространенность болезней органов кровообращения, выявленная в результате проведения медицинских осмотров, в середине 1980-х годов составляла 300—350 случаев на 1 тыс. населения [4].

В ходе комплексного исследования состояния здоровья населения, проведенного в 1970 г. в связи со всесоюзной переписью, было установлено, что доля здоровых людей составляет менее половины населения: среди мужчин — 40—55%, а среди женщин — 30—47% [2].

При этом показатели инвалидности в СССР не росли. Ежегодно инвалидами признавались более 600 тыс. человек, причем каждый третий был моложе 45 лет. Но общее число инвалидов в год оставалось неизменным и колебалось между 6,3 и 6,5 млн человек [3]. Статистический парадокс объясняется следующим образом. Во-первых, это было связано с действовавшими в СССР правилами признания инвалидности. Согласно инструкции Минздрава от 4 августа 1956 г., инвалидностью считалось «стойкое нарушение (снижение или утрата) общей или профессиональной трудоспособности вследствие заболевания или травмы». Такая установка исключала возможность назначения инвалидности детям до 16 лет и всем неработающим. Понятие «дети-инвалиды» появилось только в 1979 г. [20]. Во-вторых, в СССР трудно было получить признание инвалидности, а при первой же возможности этот статус и социальные льготы отбирались.

Смертность

На сегодня ее особенности и динамика для изучаемого времени исследованы достаточно тщательно. Это позволяет нам остановиться только на двух моментах. В 1964 г. произошел разворот начавшейся во время Великой Отечественной войны тенденции к снижению общей смертности населения.

В 1964—1984 гг. коэффициент смертности в СССР вырос на 57% (с 6,9 до 10,8 случая на 1 тыс. населения)⁵. Этот рост временно остановился и даже немного снизился только во второй половине 1980-х годов (до 10,0 в 1989 г.) в результате антиалкогольной кампании.

Исследователи пытались объяснить этот разворот отставкой Н. С. Хрущева и переменами в политической жизни страны. Мы полагаем, что это довольно случайное совпадение. Причина разворота заключалась в том, что в 1965 г. интенсивное снижение смертности от большинства острых инфекционных и паразитарных заболеваний, туберкулеза, пневмонии и ряда заболеваний органов пищеварения, связанное с широким внедрением в практику здравоохранения антибиотиков, оказалось впервые перекрыто существенным ростом смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также от внешних причин — несчастных случаев, травм и отравлений.

В середине 1960-х — 1970-х годах к этим основным драйверам роста общей смертности населения СССР прибавились и другие (табл. 5). В частности, тогда же, в 1964 г., начался рост смертности от болезней органов дыхания (с 67,04 на 10 тыс. населения в 1964 г. до 115,7 в 1976 г.)⁶. В 1973 г. наметился и устойчивый рост смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний (с 17,03 на 10 тыс. населения в 1973 г. до 29,98 в 1982 г.)⁷.

В результате в СССР в 1970-е годы сложилась комбинированная структура причин смертности, в которой свойственная второй половине XX в. высокая смертность от эндогенных причин, связанных с естественным старением организма, стала сочетаться со столь же значительной смертностью от экзогенных причин, свойственной более ранним стадиям эпидемиологического перехода, что позволило исследователям советской демографии говорить о незавершенности эпидемиологического перехода в СССР [21—23].

Анализ показателей смертности, взятых в региональном аспекте, показал, что основной вклад в рост смертности вносила РСФСР. За ней следовали

⁵ В этот же период в США общая смертность снизилась с 9,4 случая на 1 тыс. населения в 1964 г. до 8,6 в 1984 г.

⁶ Медико-социальные закономерности демографических процессов в СССР и союзных республиках. Архив Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко. Оп. 4. Ед. хр. 1490.

⁷ Медико-социальные закономерности демографических процессов в СССР и союзных республиках. Архив Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко. Оп. 4. Ед. хр. 1490.

⁴ Жуковский Г. С., Максимова Т. М., Роменский А. Л. Общая заболеваемость населения. 1977 год. Российский государственный архив научно-технической документации (РГАНТД). Ф. 177. Оп. 2—1. Ед. хр. 871. 120 л.

Таблица 6

Число умерших мужчин в СССР в среднем за год (на 1 тыс. населения соответствующей возрастной группы) [25]

Годы	Все-го	Возраст, годы																	
		до 5	5—9	10—14	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60—64	65—69	70—74	75—79	80—84	более 85
1969—1970	8,8	7,6	0,8	0,7	1,5	2,3	3,4	4,3	5,6	7,1	9,4	13,7	18,8	28,1	41,2	61,1	87,2	130,8	205,7
1975—1976	10,1	9,4	0,8	0,6	1,4	2,6	3,3	4,7	5,9	8,1	10,5	14,6	20,8	30,2	43,3	64,1	95,0	141,0	205,7
1980—1981	11,1	9,0	0,8	0,7	1,5	2,7	3,7	4,7	6,8	8,7	12,1	16,3	22,4	32,9	46,0	66,8	96,1	142,4	220,3
1988	10,2	7,8	0,8	0,7	1,2	2,0	2,5	3,3	4,3	5,8	9,7	13,3	20,8	30,2	42,7	65,7	94,2	135,0	204,7

Таблица 7

Средний возраст смерти в СССР в 1973 и 1984 годах (годы)

Пол	Инфекционные и паразитарные болезни		Злокачественные новообразования		Болезни системы кровообращения		Болезни органов дыхания		Травмы и отравления	
	1973 г.	1984 г.	1973 г.	1984 г.	1973 г.	1984 г.	1973 г.	1984 г.	1973 г.	1984 г.
Мужской	54,0	36,8	64,4	63,8	74,6	72,3	61,9	57,8	43,1	43,6
Женский	48,9	25,6	65,8	65,8	80,2	79,8	67,4	61,5	50,4	50,8

Таблица 8

Коэффициенты младенческой смертности в СССР и США в 1960—1988 гг. (на 1 тыс. родившихся живыми) [27, 28]

Страна	1960 г.	1962 г.	1964 г.	1966 г.	1968 г.	1970 г.	1972 г.	1974 г.	1976 г.	1978 г.	1980 г.	1982 г.	1984 г.	1986 г.	1988 г.
СССР	35,0	32,0	29,0	26,1	26,4	24,7	24,7	27,9	31,4	29,7	27,3	25,7	25,9	25,4	24,7
США	25,9	24,9	23,8	22,7	21,3	19,9	18,3	16,7	15,2	13,8	12,6	11,6	10,9	10,4	9,9

Украина, Молдавия, Туркмения, Прибалтика. От онкологии сильнее всего страдали жители Украины, Белоруссии, Казахстана и Прибалтики, от болезней органов дыхания — население Казахстана, Азербайджана, Туркмении и Таджикистана, от инфекционных и паразитарных заболеваний — жители Средней Азии [24].

Советские теоретики здравоохранения объясняли рост общей смертности постарением населения. Тогда им никто не возражал и контраргументов выставить не мог. Сейчас же достоверно известно, что рост происходил практически во всех возрастных группах (табл. 6).

Такое положение дел было связано с существенным «омоложением» смертности от большинства основных причин. Данные анализа по среднему возрасту смерти показали, что максимальное сокращение этого возраста пришлось на классы инфекционных и паразитарных болезней и болезней органов дыхания (табл. 7)⁸. Кроме того, «помолодели» и смерти от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований. Так, если в 1975 г. доля умерших от заболеваний системы кровообращения в возрастной группе 35—39 лет составляла 15,5%, то в 1980 г. она выросла до 19,4%.

Из основных причин смертности «постарели» лишь травмы и отравления, однако это никак не отразилось на главной особенности и одновременно главной беде позднесоветской смертности: трав-

мы и отравления продолжили оставаться основной причиной смерти мужчин в трудоспособном возрасте (15—59 лет). Так, в 1985 г. травмы и отравления составляли 34,5% всех причин смерти мужчин трудоспособного возраста и существенно превышали долю смертей от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований, занимавших 2-е и 3-е места с показателями 28,6 и 17,2% соответственно⁹. Столь высокая смертность мужчин трудоспособного возраста от травм и отравлений послужила одной из основных причин того, что в 1978—1985 гг. разрыв в продолжительности жизни по полу стал достигать рекордных для европейских стран показателей в 10 лет и более [21].

В эти же годы в странах Западной Европы и США благодаря своевременно принятым мерам динамика смертности носила принципиально иной характер. Смертность от инфекционных заболеваний, болезней органов дыхания, травм и отравлений снижалась, а смертность от болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний постепенно отодвигалась в старшие возрастные группы [26].

Разительный контраст с общемировыми показателями давала и статистика младенческой смертности. В 1960-е годы ее коэффициент в СССР был на 30—40% выше, к 1980-м годам разрыв в показателях вырос и стал доходить до 150% (табл. 8 и 9).

Такова нерадужная картина, показанная официальной статистикой. Однако реальное положение дел было еще хуже. В СССР действовали отличные

⁸ Максимова Т. М., Овчаров В. К., Русакова В. П. Медико-социальные закономерности демографических процессов в СССР и Союзных республиках. 1987 г. Архив Национального НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко. Оп. 4. Ед. хр. 1490. С. 135.

⁹ Там же. С. 112

Таблица 9

Коэффициенты младенческой смертности в СССР и ряде стран Западной Европы и Японии в 1968 г. (на 1 тыс. родившихся живыми)

СССР	Франция	ФРГ	Англия и Уэльс	Япония
29,7	20,4	22,8	18,3	15,3

от других стран признаки живорождения. Они позволяли не учитывать смерть детей, появившихся на свет с массой тела менее 1000 г и не проживших 168 ч (7 сут). Пересчет советских показателей младенческой смертности по западным стандартам приводил к их увеличению еще на 30—50%.

А в первой половине 1970-х годов в СССР произошло и вовсе беспрецедентное для европейской демографии второй половины XX в. явление. Коэффициент младенческой смертности вырос на 37% (с 22,9 в 1971 г. до 31,4 в 1976 г.). Затем младенческая смертность в СССР вновь начала снижаться, но к уровню 1971 г. смогла вернуться лишь в 1989 г.

Причины катастрофы стали известны накануне распада СССР, когда были рассекречены некоторые архивные фонды. Тогда выяснилось, что четверть прироста дало улучшение регистрации смертей в среднеазиатских республиках, а остальное было результатом роста смертности от инфекционных болезней (в первую очередь гриппа и кишечных инфекций), а также болезней органов дыхания и пищеварения (табл. 10)¹⁰ [29].

Всплеск младенческой смертности в 1970-е годы, рост и омоложение общей смертности, особенно у мужчин, не могли не отразиться и на показателях ожидаемой средней продолжительности жизни населения в СССР. У мужчин показатель 1964 г. в 66,1 года не был не только превзойден, но и повторен. Лучший показатель последних десятилетий существования СССР, достигнутый в 1987 г., оказался на один год хуже, чем в 1964-м. Более того, в 1978 г. был поставлен еще один антирекорд для экономически развитой страны: продолжительность жизни

¹⁰ Медико-социальные закономерности демографических процессов в СССР и союзных республиках. Архив Национального НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко. Оп. 4. Ед. хр. 1490.

мужчин, проживающих в сельской местности РСФСР, упала до 58 лет.

Положение дел с ожидаемой средней продолжительностью жизни женщин оказалось несколько лучше. После затяжного падения с 1964 г. (73,8 года) по 1981 г. (72,5 года) показатель начал неустойчиво расти, в 1987 г. повторил значение 1964 г., а затем в 1989 г. даже превысил его, показав результат в 74 года [30, 31]. Однако из-за чрезвычайно низкой для развитых стран продолжительности жизни мужчин СССР во второй половине 1960-х — 1980-х годах так и не смог вернуться в когорту стран с продолжительностью жизни населения 70+.

Причины

Поскольку причины ухудшений в состоянии здоровья советских людей много обсуждались в текущей и исторической литературе, у нас есть возможность не воспроизводить известное, а дополнить его обоснованными гипотезами.

С нашей точки зрения, ведущую роль в ухудшении здоровья населения СССР в 1960—1980-х годах сыграла испорченная за годы варварской индустриализации и коллективизации сельского хозяйства экология. Исследования, выполненные в Европе и США и охватившие несколько десятков миллионов жителей, показали, что даже несколько месяцев пребывания в условиях повышенного содержания в атмосферном воздухе всего лишь пыли приводит к повышению смертности на 0,5—1%, а несколько лет жизни в таких условиях увеличивают смертность на 10—15%. Причем происходит рост смертности не только от болезней органов дыхания, но в первую очередь от заболеваний сердечно-сосудистой системы [32]. Между тем, по официальным данным, в промышленных центрах Советского Союза был критический уровень загрязнения атмосферы не только пылью, но и тысячами тонн химически активных веществ (сернистый ангидрид, окислы азота и др.). В этих районах проживало более 50 млн человек, т. е. каждый пятый житель страны [33]. Эколог А. В. Яблоков был категоричен. По его мнению, республики Средней Азии, Молдавия, промышленные центры Европейской части России и Сибири, а также ряд районов Украины — это «реги-

Таблица 10

Смертность детей до 1 года по причинам смерти (на 10 тыс. родившихся в СССР и США) [11, 28]

Причина смерти	СССР									США
	1970 г.	1973 г.	1974 г.	1975 г.	1979 г.	1980 г.	1984 г.	1985 г.	1976 г.	
Инфекционные и паразитарные болезни + болезни органов пищеварения	27,1	15,2+15,6	18,6+17,2	43,6	34,2+14,9	48,3	47,7	44,5	7,0+2,5	
из них от сепсиса	5,6	8,4	9,6	12,5	14,6	14,9	9,6	8,4		
Болезни органов дыхания	119,8	129,8	134,0	152,0	124,1	122,4	96,5	92,3	8,3	
из них от острых пневмоний	104,9	114,4	120,1	133,1	104,3	101,6	69,0	63,8	6,1	
из них от гриппа		8,0	4,4		2,8				0,1	
Врожденные аномалии	27,9	29,4	31,9	32,9	31,7	32,3	32,0	33,2	26,3	
Состояния, возникающие в перинатальном периоде (родовые травмы, асфиксия и ателектаз, гемолитическая болезнь новорожденного и др.)	47,6	50,2	52,2	50,6	45,8	46,3	61,4	68,3	78,2	
Несчастные случаи, отравления и травмы	9,3	9,5	10,2	10,9	11,3	11,0	10,1	9,6	4,8	
Всего...	247,1	263,7	279,5	306,4	274,2	272,6	259,1	259,7	152,4	

История медицины

оны экологического бедствия» [34, с. 240]. Во всяком случае, нарисованная им география совпадает с географией высокой смертности.

Отчеты Министерства здравоохранения уверяли правительственных чиновников, что неблагоприятная экологическая ситуация являлась главной причиной роста заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в Макеевке, Мончегорске, Оренбурге и Ереване, от гипертонической болезни — в Гомеле, Рустави, Душанбе, от ишемической болезни сердца — в Лисичанске, Челябинске, Ульяновске, от болезней органов дыхания — в Макеевке, Магнитогорске, Черкассах [33]. Исследования, проведенные Институтом общей и коммунальной гигиены имени А. Н. Сысина, убеждали чиновников действовать. Если снизить загрязнение атмосферного воздуха в промышленных городах на 25—30%, уверяли исследователи, то заболеваемость там сократится на 8—10% [35].

Второй фактор — питьевая вода. С 1985 по 1988 г. сброс промышленных отходов в водоемы вырос почти на 80% и составил в 1988 г. 28,6 млрд м³ [33]. От общего объема сточных вод доля очищенных составляла 30% по всей территории СССР и 16% — по РСФСР [33]. Растущие города выливали в водоемы канализационные отходы в объеме 2,5 млрд м³. Один только Ленинград в 1985 г. сбросил в Финский залив более 627 млн м³ неочищенных сточных вод.

Проведенная в 1988 г. проверка качества воды в поверхностных водоемах в местах водопользования показала, что 27% проб не соответствовали санитарным нормам по бактериологическим и 27,8% — по химическим показателям [15]. Ситуацию усугубляли нарушения при строительстве и эксплуатации систем водоснабжения и канализации, расположение водозаборов внутри населенных пунктов и плохое обеззараживание воды. И совсем непитьевой была вода, которую потребляли жители Средней Азии. В Туркмении только 13% сельских жителей пользовались центральным водоснабжением. Остальные брали воду из грязных хаузов и арыков. В связи с этим легко объяснить рост в СССР заболеваемости кишечными инфекциями, гепатитами и дизентерией¹¹.

Сильный удар по экологии нанесла глобальная химизация сельского хозяйства. Обильное применение пестицидов и минеральных удобрений в Молдавии, Литве, Туркмении приняло в 1970—1980-е годы характер экологической катастрофы. Особенно тяжелая ситуация сложилась в Молдавии, на поля которой пестицидов рассыпалось в 15 раз больше, чем в среднем по стране. Следствием этого стал резкий рост смертности молдаван от цирроза печени — в семь раз выше, чем в среднем по СССР [36]. Обильное применение пестицидов и химических удобрений привело к выраженному отставанию фи-

зиологического и психического развития молдавских детей. В Литве на фоне перенасыщения почвы, воды и продуктов химикатами генетики фиксировали семикратное увеличение мутаций, которые вызывали спонтанные аборт, мертворождения, врожденные аномалии развития и онкологические заболевания [36].

Третьей по значимости причиной мы считаем неуклонный рост числа лиц, злоупотребляющих алкоголем, в основе которого лежала высочайшая (ценовая, территориальная, временная) доступность алкогольной продукции в позднем СССР. Даже по данным официальной советской статистики потребление алкоголя в 1960-х — первой половине 1980-х годов увеличилось на 127% (с 4,6 л в 1960 г. до 10,5 л в 1984 г. абсолютного алкоголя на душу населения в год, включая младенцев и глубоких стариков). Но за счет самогона реальное потребление в 1970—1980-х годах было еще выше. Произведенные в первой половине 1980-х годов Госкомстатом СССР расчеты производства самогона (на основе семейных бюджетных обследований и закупок сахара населением) показали, что суммарный объем потребления алкоголя достигал 13,5—13,8 л. Данные расчетов независимых исследователей (А. В. Немцов, В. Трелл), выполненные по другим методикам, оказались еще выше — 14,5 л, что автоматически превращало СССР в лидера потребления абсолютного алкоголя в Европе [37, 38]. При этом более 50% российского потребления приходилось на алкоголь водки, крепость которой могла составлять не только 40, но и, согласно ГОСТ 1940 г., 50 и 56 градусов.

О пагубном влиянии алкоголя на здоровье медики знали с древних времен. А вот количественное измерение влияния удалось получить в середине 1980-х годов в ходе проведения антиалкогольной кампании. Резкое снижение смертности россиян¹² позволило более или менее точно рассчитать вклад алкоголя (для потребления сверх 8 л) в смертность от основных причин. Выяснилось, что в 1984 г. доля алкогользависимой смертности в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний составила у мужчин 17,5%, у женщин — 13,7%, от внешних причин — 65,5 и 49,7%, от болезней органов дыхания — 41,1 и 39,4%, от болезней органов пищеварения — 31,4 и 13,9% соответственно [39]. Иными словами, в первой половине 1980-х годов алкоголь каждый год уносил жизни более 1 млн советских людей [40], а каждый литр выпитого алкоголя сокращал продолжительность жизни мужчин на 9,5 мес, а женщин — на 4,1 мес [39].

Сейчас в заслугу руководителям Советского Союза эпохи застоя современники ставят заселение ранее неосвоенных территорий Сибири и Дальнего Востока, возведение новых городов и химических заводов-гигантов, освоение арктических пространств, казахстанской целины и строительство

¹¹ Другой причиной роста была инфицированная продукция предприятий пищевой промышленности, общественного питания, детских, оздоровительных и дошкольных учреждений.

¹² В результате двухлетней антиалкогольной кампании (июнь 1985 г. — июль 1987 г.) только в России не умерло приблизительно 700 тыс. человек.

Байкало-Амурской магистрали. В результате этой экономической политики, по подсчетам Е. М. Андреева, численность населения Ханты-Мансийского автономного округа с 1959 по 1979 г. выросла в 3,6 раза, Чукотского автономного округа — в 1,8 раза, Ямало-Ненецкого автономного округа — в 1,6 раза. Тогда же население Магаданской области выросло на 76%, Якутии — на 72%, Камчатской области — на 71% [26]. С медицинской точки зрения все эти масштабные проекты имели свою цену, оплаченную человеческим здоровьем. Более того, массовая трудовая миграция молодых людей на тяжелые по условиям работы стройки, разворачивавшиеся в зонах с контрастным климатом, внесла свой вклад в омоложение смертности. Медицинские географы, тестируя эти территории для заселения, убеждали администраторов, что для адаптации даже молодых организмов к экстремальным условиям потребуются значительные государственные инвестиции в развитие инфраструктуры и качество жизни (иногда даже специальная одежда и питание). Однако рекомендации ученых не были учтены. На них всегда не хватало средств.

Итак, экологические, политические, финансовые факторы, усиленные индифферентностью брежневского правительства, нанесли тяжелый удар по жизни и здоровью советских людей. Для многих из них «застой» был не тихим и стабильным временем, а временем тревог за детей и близких, собственных болезней и короткой жизни.

Организованные нами в таблицы статистические данные заболеваемости и смертности были известны правительству. Во всяком случае ставший в годы перестройки министром здравоохранения Е. И. Чазов использовал часть из них для обоснования необходимости срочных действий для сохранения населения [41]. Несмотря на гласность, министр был осторожен и главной виновницей катастрофы называл слабую профилактику. Это санитарные службы, их нерешительность и бездейственность привели к росту экологических и промышленных нарушений, пестицидно-гербицидным отравлениям, городскому смогу и росту заболеваемости. Приводя шокирующие цифры смертности, Чазов доказывал неэффективность советской медицины, ставшей после сталинских процессов над врачами боязливой, молчаливой, терпимой ко всему и потому не получающей финансирования, утратившей экспертные функции и не исполняющей свой профессиональный долг по защите людей.

В этом отношении современные проблемы со здоровьем населения не то чтобы возникли вдруг или порождены разрушением Советского Союза, вовсе нет. Они явно накопились и унаследованы.

Статья подготовлена в результате проведения исследования в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ) и с использованием средств субсидии в рамках государственной поддержки ведущих университетов Российской Федерации «5—100» и Государственного задания ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко» по теме 0528-2019-0005 № государственной регистрации АААА-А19-119012290152-7

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brainerd E. Reassessing the Standard of Living in the Soviet Union: An Analysis Using Archival and Anthropometric Data. *J. Econ. Hist.* 2010;1:83—117.
2. Роменский А. А. (ред.). Результаты комплексного изучения состояния здоровья населения в связи со Всесоюзной переписью населения 1970 года. Т. I. М.: Министерство здравоохранения СССР; 1978.
3. Социальное развитие в СССР. Статистический сборник. М.: Финансы и статистика; 1990.
4. Союз Советских Социалистических Республик. В кн.: Краткая медицинская энциклопедия. Т. 3. М.: Издательство «Советская энциклопедия»; 1990. С. 137—9.
5. Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С. Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР: мифы и реальность. Сообщение 2. 1950—1990 годы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2018;(6):465—71.
6. Заболеваемость населения СССР туберкулезом и смертность от него. М.: Министерство здравоохранения СССР, Центральный НИИ туберкулеза; 1978.
7. Статистические материалы. *Советское здравоохранение.* 1988;(2):66.
8. Медицинское обслуживание населения СССР в 1963—1964 гг. Статистические материалы. М.: Министерство здравоохранения СССР; 1965.
9. Медицинская помощь населению СССР в 1971—1972 годах. Статистические материалы. Ч. II. М.: Министерство здравоохранения СССР; 1974.
10. Медицинская помощь населению СССР в 1973—1974 годах. Статистические материалы. Ч. II. М.: Министерство здравоохранения СССР; 1976.
11. Здравоохранение в СССР. Статистический сборник. М.: ЦСУ; 1966.
12. Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. М.: ЦСУ; 1976.
13. Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. М.: ЦСУ; 1981.
14. Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. М.: ЦСУ; 1986.
15. Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. М.: Финансы и статистика; 1990.
16. Блюм А. Родиться, жить и умереть в СССР. М.: Новое издательство; 2005.
17. Мерков А. М. (ред.). Труды института и кафедр организации здравоохранения медицинских институтов. М.: Медицина; 1961.
18. Бедный М. С., Саввин С. И., Стягов Г. И. Социально-гигиеническая характеристика заболеваемости городского и сельского населения. М.: Медицина; 1971.
19. Белицкая Е. Я., Елизаров В. А., Коловский Л. Я. Некоторые итоги углубленного изучения здоровья населения. *Советское здравоохранение.* 1980;(9):15—20.
20. Шевченко Ю. Л., Покровский В. И., Щепин О. П. (ред.). Здравоохранение России. XX век. М.: ГЭОТАР-Мед; 2001.
21. Захарова О. Д. Демографическая ситуация в СССР в 80-е годы. *Социологические исследования.* 1991;(4):43—52.
22. Андреев Е. М., Дарский Л. Е., Харьковская Т. Л. Население Советского Союза: 1922—1991. М.: Наука; 1993.
23. Вишневский А. Г. (ред.). Демографическая модернизация России: 1900—2000. М.: Новое издательство; 2006.
24. Смертность населения СССР и Союзных республик, 1975, 1983, 1984 годы. Статистические материалы к Коллегии Министерства здравоохранения. М.: Министерство здравоохранения СССР; 1986.
25. Здоровье населения СССР и деятельность учреждений здравоохранения в 1989 году (статистические материалы). М.: Министерство здравоохранения СССР; 1990.
26. Андреев Е. М. Ожидаемая продолжительность жизни 70 лет, или déjà vu отечественной демографии. *Демоскоп Weekly.* 2011;487—8:1—15.

История медицины

27. Mortality rate, infant (per 1,000 live births) United States. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA Population Division). Режим доступа: childmortality.org
28. Смертность населения СССР и союзных республик. 1988 год. М.: Министерство здравоохранения СССР; 1990.
29. Авдеев А. Младенческая смертность и история охраны материнства и детства в России и СССР. В кн.: Денисенко М. Б., Троицкая И. А. (ред.). Историческая демография: Сборник статей. М.: МАКС Пресс; 2010. С. 13—72.
30. Население СССР. 1988. М.: Финансы и статистика; 1989.
31. Население СССР. 1990. М.: Финансы и статистика; 1990.
32. Brook R. D. Particulate matter air pollution and cardiovascular disease an update to the scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;21:2331—78.
33. Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М.: Финансы и статистика; 1990.
34. Яблоков А. В. Экологическое невежество и экологический авантюризм. Завалы на пути перестройки. В кн.: Иного не дано. М.; 1988.
35. Царегродцев Г. И. Социальные условия и здоровье населения. *Советское здравоохранение*. 1987;(11):3—7.
36. I Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. М.: Медицинская энциклопедия; 1989.
37. Немцов А. В. Снова об алкоголе. *Демоскоп Weekly*. 2013;(3):567—8.
38. Trembl V. G. Soviet and Russian statistics of alcohol consumption and abuse. In: Bobadilla L., Costello C. A., Mitchell F. (eds). *Premature Death in the New Independent States*. Washington: National Academy Press; 1997.
39. Немцов А. В. Тенденции потребления алкоголя и обусловленные алкоголем потери здоровья и жизни в России в 1946—1996 гг. В кн.: Демин А. К. (ред.). *Алкоголь и здоровье населения России*. М.; 1998. С. 98—107.
40. Шихирев П. Н. Жить без алкоголя? Социально-психологические проблемы пьянства и алкоголизма. М.: Наука; 1988.
41. Чазов Е. И. Проблемы перестройки здравоохранения. *Советское здравоохранение*. 1987;(6):3—22.
- gg. *Statisticheskie materialy*. Moscow: Ministerstvo zdravooxranenija SSSR; 1965 (in Russian).
9. Medical assistance to the USSR population in 1971—1972. Statistic materials [*Medicinskaja pomoshh' naseleniju SSSR v 1971—1972 godah. Statisticheskie materialy*]. Moscow: Ministerstvo zdravooxranenija SSSR; 1974 (in Russian).
10. Medical assistance to the USSR population in 1973—1974. Statistic materials [*Medicinskaja pomoshh' naseleniju SSSR v 1971—1972 godah. Statisticheskie materialy*]. Moscow: Ministerstvo zdravooxranenija SSSR; 1976 (in Russian).
11. Health care in the USSR. Statistical collection [*Zdravooxranenie v SSSR. Statisticheskij sbornik*]. Moscow: CSU; 1966 (in Russian).
12. Health care and social security in the USSR. Statistical collection [*Zdravooxranenie i social'noe obespechenie v SSSR. Statisticheskij sbornik*]. Moscow: CSU; 1976 (in Russian).
13. Health care and social security in the USSR. Statistical collection [*Zdravooxranenie i social'noe obespechenie v SSSR. Statisticheskij sbornik*]. Moscow: CSU; 1981 (in Russian).
14. Health care and social security in the USSR. Statistical collection [*Zdravooxranenie i social'noe obespechenie v SSSR. Statisticheskij sbornik*]. Moscow: CSU; 1986 (in Russian).
15. Health care in the USSR. Statistical collection [*Ohrana zdorov'ja v SSSR. Statisticheskij sbornik*]. Moscow: Finansy i statistika; 1990 (in Russian).
16. Bljum A. Born, live and die in the USSR [*Rodit'sja, zhit' i umeret' v SSSR*]. Moscow: Novoe izdatel'stvo; 2005 (in Russian).
17. Merkov A. M. (ed.). Proceedings of the Institute and departments of health care organization of medical institutes [*Trudy instituta i kafedr organizacii zdravooxranenija medicinskih institutov*]. Moscow: Medicina; 1961 (in Russian).
18. Bednyj M. S., Savvin S. I., Stjagov G. I. Socio-hygienic characteristics of morbidity of urban and rural population [*Social'no-gigienicheskaja harakteristika zaboлеваemosti gorodskogo i sel'skogo naselenija*]. Moscow: Medicina; 1971 (in Russian).
19. Belickaja E. Ja., Elizarov V. A., Kolovskij L. Ja. Some results of in-depth study of public health. *Sovetskoe zdravooxranenie*. 1980;(9):15—20 (in Russian).
20. Shevchenko Yu. L., Pokrovsky V. I., Shchepin O. P. (eds). Health-care of Russia. XX century [*Zdravooxranenie Rossii. XX vek*]. Moscow: GEOTAR-Med; 2001 (in Russian).
21. Zaharova O. D. Demographic situation in the USSR in the 80s. *Sociologicheskie issledovanija*. 1991;(4):43—52 (in Russian).
22. Andreev E. M., Darskij L. E., Har'kova T. L. Population of the Soviet Union. 1922—1991 [*Naselenie Sovetskogo Sojuza. 1922—1991*]. Moscow: Nauka; 1993 (in Russian).
23. Vishnevskiy A. V. (ed.). Demographic modernization of Russia: 1900—2000. [*Demograficheskaja modernizacija Rossii: 1900—2000*]. Moscow: Novoe izdatel'stvo; 2006 (in Russian).
24. Mortality of population of the USSR and the Union Republics, 1975, 1983, 1984. Statistical materials to the Board of the Ministry of Health [*Smertnost' naselenija SSSR i Sojuznyh respublik, 1975, 1983, 1984 gody. Statisticheskie materialy k Kollegii Ministerstva zdravooxranenija*]. Moscow: Ministerstvo zdravooxranenija SSSR; 1986 (in Russian).
25. Health of the USSR population and activities of health care institutions in 1989 (statistical materials) [*Zdorov'e naselenija SSSR i dejatel'nost' uchrezhdenij zdravooxranenija v 1989 godu (statisticheskie materialy)*]. Moscow: Ministerstvo zdravooxranenija SSSR; 1990 (in Russian).
26. Andreev E. M. Life expectancy is 70 years, or deja vu domestic demography. *Demoskop Weekly*. 2011;487—8:1—15 (in Russian).
27. Mortality rate, infant (per 1,000 live births) United States. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNICEF, WHO, World Bank, UN DESA Population Division). Available at: childmortality.org
28. Mortality of the population of the USSR and the Union republics in 1988 [*Smertnost' naselenija SSSR i sojuznyh respublik 1988 god*]. Moscow: Ministerstvo zdravooxranenija SSSR; 1990 (in Russian).
29. Avdееv A. Infant Mortality and History of Maternity and Childhood Protection in Russia and the USSR. In: Denisenko M. B.,

Поступила 04.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

- Troitskaya I. A. (eds). Historical Demography: Collected Articles [*Istoricheskaja demografija: Sbornik statej*]. Moscow: MAKS Press; 2010. P. 13—72 (in Russian).
30. The population of the USSR. 1988 [Naselenie SSSR. 1988]. Moscow: Finansy i statistika; 1989 (in Russian).
31. The population of the USSR. 1990 [Naselenie SSSR. 1990]. Moscow: Finansy i statistika; 1990 (in Russian).
32. Brook R. D. Particulate matter air pollution and cardiovascular disease an update to the scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;21:2331—78.
33. Social development of the USSR. Statistical collection [*Social'noe razvitie SSSR. Statisticheskij sbornik*]. Moscow: Finansy i statistika; 1990 (in Russian).
34. Jablov A. V. Ecological Ignorance and Ecological Adventure. Debris on the way of Perestroika. In: There is no other way [*Inogo ne dano*]. Moscow; 1988 (in Russian).
35. Caregorodcev G. I. Social conditions and population health. *Sovetskoe zdavoohranenie*. 1987;(11):3—7 (in Russian).
36. I All-Union Congress of doctors, Moscow, October 17—19, 1988 [*I Vsesojuznyj s'ezd vrachej, Moskva, 17—19 oktjabrja 1988*]. Moscow: Medicinskaja jenciklopedija; 1989 (in Russian).
37. Nemcov A. V. Again about alcohol. *Demoskop Weekly*. 2013;(3):567—8 (in Russian).
38. Trembl V. G. Soviet and Russian statistics of alcohol consumption and abuse. In: Bobadilla L., Costello C. A., Mitchell F. (eds). *Premature Death in the New Independent States*. Washington: National Academy Press; 1997.
39. Nemcov A. V. Tendencies of alcohol consumption and alcohol-induced losses of health and life in Russia in 1946—1996. In: Demin A. K. (ed.). *Alcohol and health of the population of Russia [Alkogol' i zdorov'e naselenija Rossii]*. Moscow; 1998. P. 98—107 (in Russian).
40. Shihirev P. N. Live without alcohol? Social-psychological problems of drinking and alcoholism [*Zhit' bez alkogolja? Social'no-psihologicheskie problemy p'janstva i alkogolizma*]. Moscow: Nauka; 1988 (in Russian).
41. Chazov E. I. Problems of reorganization of health care. *Sovetskoe zdavoohranenie*. 1987;(6):3—22 (in Russian).

Бородулин В. И.¹, Банзелюк Е. Н.², Тополянский А. В.³

200 ЛЕТ ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ КЛИНИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ: ВОПРОСЫ ПЕРИОДИЗАЦИИ (5-й И 6-й ЭТАПЫ)

¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

²ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова», 119991, г. Москва;

³ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С. И. Спасокукоцкого» Департамента здравоохранения г. Москвы, 127206, г. Москва.

Настоящее сообщение завершает цикл из трех статей, посвященных вопросу периодизации истории отечественной клиники внутренних болезней за последние 200 лет. Обсуждается 5-й этап (вторая половина 1950-х — середина 1970-х годов), когда произошла смена «ландшафта болезней», продолжалась дифференциация терапии на «узкие» специализации и завершилось изменение государственной политики СССР в сфере здравоохранения. Во время 6-го этапа (вторая половина 1970-х годов и 1980-е годы) успешное развитие медицины в СССР затормозилось, экономический фундамент здравоохранения «провалился», показатели здоровья населения ухудшились. Впереди были политические и экономические потрясения 1990-х и полное изменение клиники внутренних болезней в организационно-экономическом и содержательном плане.

К л ю ч е в ы е с л о в а: история медицины; клиническая медицина; внутренние болезни; периоды развития; советская медицина.

Для цитирования: Бородулин В. И., Банзелюк Е. Н., Тополянский А. В. 200 лет истории отечественной клиники внутренних болезней: вопросы периодизации (5-й и 6-й этапы). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):369—372. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-369-372>

Для корреспонденции: Бородулин Владимир Иосифович, д-р мед. наук, главный научный сотрудник Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко Минобрнауки России; e-mail: borodulinvladim@yandex.ru

Borodulin V. I.¹, Banzelyuk E. N.², Topolyanskiy A. V.³

THE 200 YEARS OF HISTORY OF NATIONAL CLINIC OF INTERNAL DISEASES: THE ISSUES OF PERIODIZATION (THE FIFTH AND SIXTH STAGES)

¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

²M. V. Lomonosov Moscow State University, Faculty of Medicine, 11999, Moscow, Russia;

³S. I. Spasokukotsky Municipal Clinical Hospital, 127206, Moscow, Russia.

This article completes series of three publications analyzing periodization of the history of the clinical internal medicine in Russia over the past 200 years. The discussion covers the fifth period (the second half of the 1950s — the mid-1970s), when the “landscape of diseases” changed, the differentiation of internal medicine into “narrow” specializations continued and the alterations of the state policy of the USSR in the field of health care was completed. During the sixth period (the second half of the 1970s and 1980s), the successful development of medicine in the USSR slowed down, the economic foundation of health care “failed” and indices of population health deteriorated. Ahead awaited the political and economic upheavals of the 1990s and total redesign of the internal medicine in organizational, economic and substantial aspects.

К е у в о р д с: history of medicine; clinical medicine; internal diseases; periods of development; the Soviet medicine; the USSR.

For citation: Borodulin V. I., Banzelyuk E. N., Topolyanskiy A. V. The 200 years of history of national clinic of internal diseases: the issues of periodization (the fifth and sixth stages). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):369—372 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-369-372>

For correspondence: Borodulin V. I., doctor of medical sciences, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia, . e-mail: borodulinvladim@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 10.08.2020

Accepted 29.10.2020

Вторую половину 1950-х — середину 1970-х годов можно выделить как самостоятельный 5-й этап¹ истории отечественной терапевтической клиники с характерными для него двумя принципиальными отличиями. Во-первых, стала очевидной происшедшая в течение XX в. постепенная смена основного типа патологии: в структуре заболеваемости и смертности населения хронические, «эндогенные»,

«возрастные» — сердечно-сосудистые и опухолевые — заболевания опередили «экзогенные» инфекционные болезни, стала заметно повышаться средняя продолжительность жизни. Эти положительные сдвиги имели характер общемирового процесса, затронувшего и Россию. Попытки приписать их успехам советского здравоохранения носили чисто пропагандистский характер. Во-вторых, дифференциация клиники внутренних болезней, начавшаяся еще в конце XIX в., в 60-е годы XX в. приняла в СССР «обвальный» характер: одна за другой от материнского ствола терапии отпочковывались новые

¹ О первых четырех этапах развития отечественной терапевтической клиники см. статьи этих же авторов в № 4 и № 6 журнала за 2019 г.

научно-учебные клинические дисциплины и врачебные специальности. И это тоже было отражением глобального тренда. Отныне клиника внутренних болезней продолжала развиваться одновременно и во взаимодействии с кардиологией, ревматологией и другими специальностями.

К этому же времени относится начатый еще во второй половине 1940-х годов радикальный пересмотр государственного отношения к сфере медицины: была перечеркнута проводившаяся с конца 1920-х годов и до начала Великой Отечественной войны политическая линия, когда здравоохранение рассматривалось как составная часть сферы экономики и инструмент для обеспечения чисто экономических интересов государства и его политики индустриализации страны, а высшее образование, в том числе медицинское, было полигоном для многочисленных и недостаточно продуманных экспериментов. Катастрофические последствия такой волюнтаристской политики для здоровья населения, зафиксированные в статистических отчетах, заставили высшее партийное и советское руководство вернуться к принципам советского здравоохранения, сформулированным еще Н. А. Семашко, к традиционной системе высшего медицинского образования и пойти на крупные капиталовложения в здравоохранение и медицинскую науку. На место «классового принципа» оказания медицинской помощи (преимущественно рабочим ведущих отраслей промышленности) постепенно пришел принцип общедоступности [1]. Перестройку здравоохранения последовательно возглавили министры Е. И. Смирнов (1947—1952), М. Д. Ковригина (1954—1959) и С. В. Курашов (1959—1965). Ее результаты сказались быстро: улучшались основные показатели здоровья населения, создавались благоприятные условия для развития в стране медицинской, в том числе клинической, науки. Были, конечно, и минусы. Например, непродуманное объединение больниц с поликлиниками, которое завершилось к началу 1950-х годов и от которого пришлось отказаться уже через 5 лет [2]. В 1960 г. поликлиники снова были названы ведущими учреждениями в системе медицинского обслуживания населения (Приказ Минздрава СССР от 20.07.1960 № 321 «О состоянии и мерах по дальнейшему улучшению амбулаторно-поликлинического обслуживания городского населения»). В 1969 г. был принят Закон СССР об основах здравоохранения — до этого здравоохранение регулировалось преимущественно ведомственными нормативными актами. В погоне за числовыми показателями СССР вошел в число мировых лидеров по количеству врачей (до 32,7 на 10 тыс. населения к 1975 г.) [3].

В 1950-е годы усилилась роль АМН СССР как высшего научного медицинского учреждения страны. Росло финансирование здравоохранения, активно строились крупные больницы. В 1967—1969 гг. была проведена реформа медицинского образования, направленная на раннюю профилизацию будущих врачей: субординатура на 6-м году об-

учения и годичная интернатура в клинических учреждениях.

Организационное оформление научных направлений клиники внутренних болезней в качестве самостоятельных научно-учебных клинических дисциплин, а затем и врачебных специальностей, со своими диагностическими и лечебными методами, оснащением и системой преподавания, проходило нарастающим темпом и завершилось рождением кардиологии, ревматологии, гастроэнтерологии, нефрологии, гематологии и других клинических дисциплин. Исключительную роль здесь сыграли лидеры терапевтической элиты — А. Л. Мясников, А. И. Нестеров, В. Х. Василенко, Е. М. Тареев, И. А. Кассирский и др., использовавшие административный ресурс для организации научных институтов, журналов, обществ и съездов.

Опередил коллег главный ученый секретарь Президиума (с 1950 г.), а затем вице-президент АМН СССР (1953—1957) А. И. Нестеров: в 1958 г. он основал Институт ревматизма, в 1961 г. — журнал «Вопросы ревматизма», в 1969 г. — Всесоюзное ревматологическое общество. В 60-е годы XX в. ученик Г. Ф. Ланга, директор Института терапии (с 1948 г.), представлявшего собой по научной тематике институт кардиологии, и академик-секретарь отделения клинической медицины (1948—1953) А. Л. Мясников организовал журнал «Кардиология» (1961) и Всесоюзное кардиологическое общество (1963). В. Х. Василенко, ученик Ф. Г. Яновского и Н. Д. Стражеско, работавший в 1960—1966 гг. на посту академика-секретаря того же отделения, основал Всесоюзное общество гастроэнтерологов (1965) и НИИ гастроэнтерологии (1967). Ученик В. Е. Предтеченского, М. И. Вихерта и М. П. Кончаловского Е. М. Тареев создал первую нефрологическую клинику (1967) и Всесоюзное общество нефрологов (1969). Ученик А. Н. Крюкова И. А. Кассирский в те же годы превратил третью кафедру терапии (в дальнейшем — кафедра гематологии и интенсивной терапии) ЦИУ врачей в ведущий в стране центр подготовки гематологов. Во второй половине XX в. подавляющее большинство советских врачей-гематологов были в той или иной степени его учениками. Соответственно возрастала интенсивность научной разработки проблем кардиологии и ревматологии, гастроэнтерологии (включая гепатологию), нефрологии и гемодиализа, гематологии и интенсивной терапии.

Прогресс в изучении патогенеза терапевтических заболеваний был связан прежде всего со стремительным развитием биохимии, молекулярной генетики. Наряду с патофизиологическим, экспериментальным методом все большую роль играла клиническая биохимия; сдвигались акценты с организменного и клеточного на молекулярный уровень, вплоть до введения понятия о генных и молекулярных болезнях (врожденные ошибки метаболизма). Получило широкое распространение учение о коллагеновых болезнях соединительной ткани и сосудов (коллагенозы), в развитии которого в отечественной клинике особую роль сыграл Е. М. Тареев.

Ведущим направлением исследований в клинике внутренних болезней оставалась кардиология. Так, Институт терапии АМН СССР разрабатывал, главным образом, проблемы гипертонической болезни, атеросклероза и связанной с ними коронарной недостаточности — «суровой триады болезней, в наибольшей мере поражающих современное человечество», «проблемы № 1 в медицине» (А. Л. Мясников, 1965). Учения о гипертонической болезни и атеросклерозе разрабатывались на основе нейрогенной концепции гипертонии Г. Ф. Ланга (при этом одновременно развивалось учение о почечной и других симптоматических гипертониях) и холестериновой инфильтрационной экспериментальной модели атеросклероза Н. Н. Аничкова — С. С. Халатова.

Ортодоксальное представление об экзогенном пищевом холестерине как ведущем патогенетическом факторе атеросклероза не получило подтверждения: население было избавлено от всеобщего страха перед холестерином, из ресторанных меню исчезла обязательная строка о содержании в каждом блюде холестерина, а исследователи сосредоточились на поиске эффективных и безопасных противолипидемических средств. Учение об остром инфаркте миокарда и стенокардии эволюционировало в понятие об ишемической болезни сердца с ее различными формами: к 1970-м годам именно она воспринималась в качестве ведущей угрозы общественному здоровью. Вместе с тем проблема ревматических пороков сердца теряла прежнюю высокую актуальность прежде всего в связи с широким распространением антибактериальных средств лечения стрептококковых инфекций.

Как последний — 6-й — этап истории клиники внутренних болезней в России можно рассматривать вторую половину 1970-х годов и 1980-е годы. В брежневскую эпоху, начиная со второй половины 1970-х годов, успешное развитие медицины в СССР затормозилось — выявилась неэффективность руководствовавшейся исключительно количественными показателями советской системы здравоохранения: вновь было отмечено резкое ухудшение основных показателей здоровья населения, заняли свое прежнее место побежденные, как казалось, инфекции, например туберкулез и сифилис, значительно снизилась эффективность многих широко применяемых лекарственных средств. «Застой» в управлении государством и экономическая несостоятельность экстенсивного подхода привели к значительным ограничениям финансирования здравоохранения — до 3,3% от ВВП [4] при 7% и более в странах Западной Европы. Недостаток средств и политические изменения в стране привели к созданию системы хозяйственного взаиморасчета между лечебными учреждениями (фактически — рынка медицинских услуг) и подушевого финансирования [5], на фоне чего в дальнейшем «классическая» клиническая медицина XX в. превратилась в современную медицину начала XXI в., живущую по законам бизнеса и медицинского страхования.

В это переходное время были постепенно утрачены важнейшие принципы, которые провозглашала классическая клиника: индивидуальный подход к диагностике и лечению (лечить конкретного больного, а не абстрактную болезнь) и неуклонное соблюдение идущего еще от Гиппократа примата интересов больного. Тщательный расспрос и объективное обследование пациента (перкуссия, аускультация) постепенно уступали место инструментальным и лабораторным методам диагностики. В терапию вошли высокие технологии, «узкие» специалисты (не терапевты, а кардиологи, гастроэнтерологи и т. д.), а гуманные начала профессии врача постепенно утрачивались.

Классическая клиника следовала функциональному подходу к проблемам патологии, учитывались личность больного, его психосоматический статус. Считалось принципиально важным в терапии избегать полипрагмазии, ограничиваясь немногими лекарственными средствами с выясненным механизмом действия и доказанной эффективностью. Важную роль в формировании врачебного и научного мышления клиницистов все еще играли научные школы прежних этапов, но закат эпохи терапевтических школ уже был виден. В 6-й период во внутренней медицине следует отметить школы В. Х. Василенко, Е. М. Тареева, А. А. Алмазова.

В последней четверти XX в. отечественная клиника решительно свернула с этой дороги, по которой шла во второй половине XIX в. и в первые три четверти XX в., на путь высоких медицинских технологий, путь западной специализированной, коммерциализованной и «доказательной» (evidence based) медицины. Концепт «медицины, основанной на доказательствах» возник в 1990—1991 гг. и в значительной степени изменил «лицо» медицины, ее цели и возможности, организационную структуру и требования к врачу [6]. Нельзя не признать, что в 1990-е годы и в XXI в. взгляд историка упирается в принципиально другую медицину, и это — предмет исследования историков второй половины нашего столетия.

Заключение

На материале истории отечественной клиники внутренних болезней наш опыт работы показывает, что попытка периодизации истории клинической медицины может быть сколько-нибудь успешной только на основе применения комплексного подхода, с использованием опыта социальной истории медицины, критериев как внутридисциплинарного (так называемая внутренняя история науки), так и общеисторического (внешняя история науки) характера. Авторы понимают, что предложенная поэтапная систематизация материала по истории отечественной терапии представляет собой лишь эскиз, требующий уточнений, исправлений и дополнений, и будут благодарны за любые замечания.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдова Т. В. Реформирование советского здравоохранения в послевоенные годы: исторический анализ. *Вестник ТГУ*. 2015;8(148):167.
2. Фадеев А. В. Реформа системы здравоохранения СССР в послевоенные годы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2001;(2):48—50.
3. СССР. Здравоохранение. Т. 24. Ч. II: БСЭ. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия; 1977. С. 273.
4. Сибурина Т. А., Лохтина Л. К. Мониторинг реализации программы государственных гарантий как основа государственного регулирования в сфере здравоохранения. *Менеджер здравоохранения*. 2004;(8):13—20.
5. Лаврищева Г. А., Черниенко Е. И. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в первичном звене здравоохранения. *Здравоохранение*. 2011;(3):163—72.
6. Claridge J. A., Fabian T. C. History and Development of Evidence-based Medicine. *World J. Surg.* 2005;29:547—53. doi: 10.1007/s00268-005-7910-1

Поступила 10.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Davydova T. V. Soviet healthcare reform in the post-war years: a historical analysis. *Vestnik TGU*. 2015;8(148):167 (in Russian).
2. Fadeev A. V. Reform of the health care system of the USSR in the post-war years. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdavoookhraneniya i istorii mediciny*. 2001;(2):48—50 (in Russian).
3. USSR. Healthcare. In: Great Soviet Encyclopedia, 3rd ed. Vol. 24, part II. P. 273 (in Russian).
4. Siburina T. A., Lohtina L. K. Monitoring the implementation of the state guarantee program as a basis for state regulation in the health-care sector. *Menedzher zdavoookhraneniya*. 2004;(8):13—20 (in Russian).
5. Lavrishheva G. A., Chernienko E. I. Implementation of the priority national project «Health» in primary health care. *Zdavoookhranenie*. 2011;(3):163—72 (in Russian).
6. Claridge J. A., Fabian T. C. History and Development of Evidence-based Medicine. *World J. Surg.* 2005;29:547—53. doi: 10.1007/s00268-005-7910-1

Шерстнева Е. В.

МЕЖДУНАРОДНОЕ УЧАСТИЕ В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОИЗВОДСТВА АНТИБИОТИКОВ В СССР: «ПЕНИЦИЛЛИНОВЫЙ ПРОЕКТ» АДМИНИСТРАЦИИ ПОМОЩИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ (1946—1947)

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

На основе рассекреченных материалов Российского государственного архива экономики и Государственного архива Российской Федерации впервые рассматривается история проекта Администрации помощи и восстановления Объединенных Наций по поставке в послевоенные годы пенициллиновых заводов в две республики СССР — Украину и Белоруссию. Показано, что проект изначально имел политическое значение, так как демонстрация гуманных намерений служила укреплению политического авторитета США. Однако, несмотря на декларацию, англо-американское руководство Администрации подходило к реализации проекта формально и вряд ли планировало его завершение. Это выразилось в несоблюдении требования комплектности оборудования, нарушении сроков поставки, постоянных попытках сокращения и сдерживания их, в непредоставлении адекватной технической документации и специалистов для налаживания производства. Затягивание сроков поставки оборудования приводило к его быстрому моральному устареванию, а модернизации частично поставленных заводов препятствовало эмбарго на вывоз из США новейшего промышленного оборудования, имевшего стратегическое значение. Незавершенность проекта способствовала дальнейшему расколу в международных отношениях.

Ключевые слова: Администрация помощи и восстановления Объединенных Наций (ЮНРПА); пенициллин; пенициллиновые заводы.

Для цитирования: Шерстнева Е. В. Международное участие в организации производства антибиотиков в СССР: «пенициллиновый проект» Администрации помощи и восстановления Объединенных Наций (1946—1947). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):373—378. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-373-378>

Для корреспонденции: Шерстнева Елена Владимировна, канд. ист. наук, старший научный сотрудник отдела истории медицины и здравоохранения «Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: lenscherstneva@mail.ru

Sherstneva E. V.

THE INTERNATIONAL PARTICIPATION IN ORGANIZATION OF PRODUCTION OF ANTIBIOTICS IN THE USSR: “THE PENICILLIN PROJECT” OF THE UNITED NATIONS RELIEF AND REHABILITATION ADMINISTRATION (1946—1947)

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

On the basis of declassified materials from the Russian State Archive of Economics and State Archive of the Russian Federation, for the first time, the history of the United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA) project for the supply of penicillin factories in the post-war years to two republics of the USSR — Ukraine and Belarus is considered. It is shown that the project initially had political significance, since the demonstration of humane intentions served to strengthen the political authority of the United States. However, despite the declaration, the Anglo-American leadership of UNRRA approached the implementation of the project formally and hardly planned its completion. This was expressed in non-compliance with requirements for completeness of equipment, violation of delivery deadlines, constant attempts to reduce and contain them, in non-supplying adequate technical documentation and specialists for setting up production. The delay in the delivery time of equipment resulted in its rapid moral obsolescence. The modernization of partially supplied factories was impeded by embargo on the export of advanced industrial equipment from the United States having strategic importance. The incompleteness of the project contributed to further split in international relations.

Keywords: United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA); penicillin; penicillin factories; UNRRA missions.

For citation: Sherstneva E. V. The international participation in organization of production of antibiotics in the USSR: “The penicillin project” of the United Nations Relief and Rehabilitation Administration (1946—1947). *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):373—378 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-373-378>

For correspondence: Sherstneva E. V., candidate of historical sciences, the Senior Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: lenscherstneva@mail.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 14.08.2020
Accepted 29.10.2020

В советский период помощь Администрации помощи и восстановления Объединенных Наций (United Nations Relief and Rehabilitation Administration — UNRRA, ЮНРПА) послевоенному СССР, в том числе в сфере здравоохранения, замалчивалась.

Сведения о поставках ею оборудования для пенициллиновой промышленности также отсутствуют в официальной истории страны. Такая установка была изначально: деятельность миссий ЮНРПА в двух республиках СССР, Украине и Белоруссии, не освещена.

щалась в советской прессе. Как обратная реакция в постсоветский период информация о ЮНРРА на сайтах СМИ этих двух ныне независимых государств, особенно Белоруссии, стала преподноситься в идеализированном виде, с оттенком патетики [1]. Более всего авторов привлекла история смерти секретаря миссии ЮНРРА в Минске Рут Уоллер [2, 3], сформировавшая у некоторых авторов убежденность в том, что это и послужило поставке пенициллинового завода в республику. Несмотря на то что первые зарубежные издания о ЮНРРА начали выходить уже в первые годы ее деятельности и носили пропагандистский характер [4—6], история проекта по поставке пенициллиновых заводов в ряд стран Европы не получила в них освещения. В наши дни тема эта заинтересовала лишь польского исследователя С. Лотыша [7]. В своей работе о поставке завода в Польшу он подчеркивает отсутствие целенаправленного изучения этого проекта ЮНРРА западными учеными, а также отмечает, что «история поставки заводов ЮНРРА в Беларусь и Украину практически отсутствует в советской и постсоветской историографии, которая вместо этого приписывает развитие производства пенициллина в этих странах местным ученым» [7, с. 72]. И здесь с автором невозможно не согласиться. Даже у современных авторов, как отечественных [8—10], так и зарубежных [11], мы не найдем об этом ни строчки. Лишь с открытием доступа к прежде секретным документам Российского государственного архива экономики (РГАЭ) и Государственного архива Российской Федерации (ГАРФ) появилась возможность познакомиться с деятельностью миссий ЮНРРА на территории СССР. Первое, на что было обращено внимание, — непростые взаимоотношения ЮНРРА и СССР. Именно это стало предметом исследования В. В. Соколова [12]. Давая общую картину деятельности ЮНРРА, автор тем не менее упомянул о поставках оборудования для пенициллиновых заводов в УССР и БССР и подготовке специалистов для их обслуживания. То обстоятельство, что при работе с архивными материалами он не прошел мимо этих фактов, говорит об особом отношении ЮНРРА к данному проекту. На этом список работ по проблеме исчерпывается. Можно отметить, что в более ранних публикациях пишущего эти строки имеется упоминание о поставках заводов ЮНРРА [13, 14], но на тот момент автор не располагал всем массивом информации и ошибочно считал проект завершенным. Однако прицельное изучение рассекреченных документов позволяет нам сегодня подробно рассмотреть этот аспект деятельности ЮНРРА, устранить существенный пробел в отечественной истории и опровергнуть очередные мифы.

ЮНРРА была создана в ноябре 1943 г. по соглашению, подписанному 44 странами, включая СССР, для оказания помощи странам — жертвам войны. Ее руководящим органом являлся Совет из представителей всех стран-членов, в промежутках между его сессиями решающие права принадлежали Центральному комитету, включавшему первоначально

представителей СССР, США, Англии и Китая, а позднее еще и Франции, Канады, Бразилии, Югославии и Австралии. Исполнительным органом был постоянный аппарат ЮНРРА во главе с избираемым Генеральным директором¹. Этот пост последовательно занимали: бывший губернатор штата Нью-Йорк Х. Г. Леман, мэр Нью-Йорка Ф. Х. Ла Гардиа и генерал-майор Л. У. Рукс. В страны, получающие помощь, направлялись миссии ЮНРРА, официальной задачей которых было координирование закупок, поставок и контроль распределения.

Фонды организации формировались из взносов государств-членов, территория которых не подвергалась нападению врага. Размер взносов с осени 1945 г. составлял 2% от национального дохода страны-участницы. Созданный фонд насчитывал около 3,7 млрд долларов, 72% составляли средства США, 28% приходились на Англию, Канаду, Бразилию и Австралию. СССР в этот фонд ничего не вносил, кроме взноса на административные расходы в размере 10% общей суммы этих расходов². При этом СССР, как наиболее пострадавшая страна и держава-победительница, занял прочные позиции в руководстве организации: обеспечил себе два поста заместителя директора ЮНРРА, один — с пребыванием в Вашингтоне (М. А. Меньшиков), другой — с пребыванием в Лондоне (Н. И. Феонов); поставил советских представителей во главе миссий ЮНРРА в Югославии и Чехословакии; имел постоянное представительство в основных комитетах: снабжения, финансовом, Европейском³. Все это позволяло оказывать серьезное влияние на деятельность аппарата Администрации и стало откровенно раздражать основных финансистов ЮНРРА после окончания войны, когда геополитические интересы бывших союзников вступили в явное противоречие. Очевидно, результатом этого и явилось принятие компромиссного решения об оказании помощи СССР.

Согласно документам, в первоначальные планы СССР входило получение безвозмездной международной помощи от ЮНРРА в объеме 700 млн долларов США. Однако, как писал Н. И. Феонов, «при неофициальных переговорах американцы и англичане заявили в категорической форме, что они будут возражать против такого требования. Идти на открытый конфликт было бы ошибочным, так как мы рисковали не получить ничего». Дело в том, что Администрация перед принятием решения имела право потребовать сведения об экономическом потенциале страны, а также вмешиваться в вопросы распределения снабжения внутри страны. «Если бы даже мы согласились предоставить все эти сведения (что исключалось), Администрация могла бы наши данные оспаривать и, затянув дело, фактически лишить нас возможности получать от ЮНРРА снабжение, как это было сделано, например, в отношении Ко-

¹ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2684. Лл. 207—206.

² Там же. Л. 206.

³ Там же.

реи. Поэтому т. Сергеев, который вел переговоры... вынужден был добиваться, с санкции Правительства, компромиссного соглашения»⁴. Состояло оно в следующем: в августе 1945 г. первоначальная заявка была отозвана, зато Украинская ССР и Белорусская ССР, ставшие самостоятельными членами ООН, подали заявки (утвержденные тем не менее Наркомвнешторгом СССР) на получение безвозмездной помощи на общую сумму 250 млн долларов с поставкой в течение года⁵. США и Великобритания согласились предоставить эту помощь без требования данных об общеэкономическом положении страны. 16 декабря 1945 г. было заключено соглашение, на долю Украины приходилось 189 млн долларов, а Белоруссии — 61 млн долларов⁶ (отметим, что Польше, например, выделили 481 млн долларов, а Китаю — 529 млн долларов), период размещения заказов на поставки был очень сжатым (до 1 июля 1946 г.).

Анализ первоначальной заявки СССР в ЮНРРА от 28 июля 1945 г. показал, что получение пенициллинового оборудования изначально входило в планы СССР, именно оно составляло часть списка требуемого медицинского снабжения, а именно: суперцентрифуги Шарплес, аппараты для сушки бактериальных препаратов типа Флосдорфа, фильтры Зейтца⁷. Датированное тем же 28 июля 1945 г. письмо председателя Союза обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР С. Колесникова А. И. Микояну говорит о том, что параллельно СССР вел переговоры о поставке пенициллинового завода с американской благотворительной организацией Russian War Relief⁸. Но последующее развитие событий, исключив одни возможности, предоставило другие. И появление у ЮНРРА намерения поставить в страны Восточной Европы, а также в советские республики пенициллиновые заводы, несомненно, было связано с действиями советских соотрудников.

Программа ЮНРРА по поставке пенициллиновых заводов, объявленная на пресс-конференции в Вашингтоне 11 января 1946 г. [15], не являлась инициативой самой Администрации. Как пишет С. Лотыш, этому предшествовало обращение чешской стороны в ЮНРРА весной 1945 г. с соответствующей просьбой [7, с. 73]. Однако следует учесть, что главой миссии ЮНРРА в Чехословакии являлся советский представитель Петр Алексеев, без участия которого, конечно, не обошлось решение этого вопроса. В результате в «пенициллиновый проект» ЮНРРА были включены в основном страны «советского блока». Он предусматривал открытие шести одинаковых заводов в Чехословакии, Польше, Югославии, Украине, Белоруссии и Италии путем доставки комплектного оборудования, технической

документации, штаммов пенициллина для выращивания культур и даже сырья для первых месяцев работы. Запустить заводы планировалось к концу декабря 1946 г. Главным исполнителем заказов на оборудование была определена Канада, часть оборудования предстояло заказывать в США. Канадской лаборатории Коннаут (Connaught) в Торонто было поручено обучить стипендиатов из стран-участниц ЮНРРА для работы на заводах. Этот широкий и гуманный жест со стороны США, главного финансиста ЮНРРА, разумеется, не был бескорыстным. Он позволял поднять международный авторитет, заплатив за это не слишком большую цену, поскольку жертвуемое оборудование уже было устаревшим для Америки.

Однако для СССР этот проект представлял интерес, что было отражено в Постановлении Совета Министров СССР от 29 мая 1946 г. № 1134-466с «Об увеличении производства пенициллина для нужд здравоохранения», которое, в частности, предписывало Минвнешторгу СССР «Принять меры к получению через ЮНРРА и доставке в 1946 году в Украинскую и Белорусскую ССР комплектного оборудования 2-х пенициллиновых заводов мощностью по 16 млрд окс. ед. в месяц»⁹.

Невысокая мощность заводов и небольшая стоимость (порядка 300 тыс. долларов) свидетельствуют о том, что они были оснащены не самым передовым оборудованием. В США в 1945 г. были пущены заводы, оснащенные суперэкстракторами Подбельняка, дававшие 80 млрд окс. ед. пенициллина в месяц, и не аморфного и желтого, а белого кристаллического. И приобретение в США одного такого завода стоимостью 2 млн долларов через Минвнешторг СССР за наличный расчет также предусматривалось указанным выше постановлением¹⁰. В силу введения США эмбарго на вывоз промышленного оборудования, имевшего, как утверждалось, оборонно-стратегическое значение, приобрести такой завод не удалось. Но поставка «пенициллиновых фабрик» в братские республики, безусловно, представляла интерес, так как они были бесплатными, значительно более совершенными и мощными, чем любое из производств, пущенных к этому времени в СССР, а самое главное — их поставка позволяла получить готовую линию производства и приобщиться к западному ноу-хау — технологии глубинного брожения. А о том, что эта технология была еще не освоена и специалистов в СССР, способных быстро вникнуть в суть дела, не было, свидетельствует письмо начальника Управления по поставкам ЮНРРА при Совмине БССР И. М. Былинского заместителю министра внешней торговли СССР М. А. Меньшикову от 24 декабря 1946 г., где он обеспокоенно пишет: «В счет поставок ЮНРРА в Белорусскую ССР должен быть завезен в I-м квартале 1947 г. пенициллиновый завод. В целях ускорения монтажа завода и обучения персонала, нами был поставлен вопрос пе-

⁴ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2684. Л. 205.

⁵ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 12. Ед. 10324. Л. 83.

⁶ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2684. Л. 204.

⁷ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 12. Ед. 10324. Л. 107.

⁸ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 12. Ед. 10646. Л. 216.

⁹ ГАРФ. Ф. Р5446. Оп. 48а. Ед. 2630. Л.187.

¹⁰ Там же.

ред Миссией ЮНРРА в Минске о возможности при-сылки в БССР из США одного специалиста по про-изводству пенициллина... которого в настоящее время подыскивают»¹¹.

Однако анализ документов показал, что поставка заводов не только не была произведена в намеченное время, но и в течение всего 1947 г. осуществлялась с огромными трудностями. Объективной (и охотно используемой ЮНРРА) причиной были масштабные забастовки рабочих в США. Однако для реализации программ поставок был создан ряд дополнительных препятствий, что определялось причинами не только политического, но и экономического порядка. Поскольку поставки для Европы предполагались лишь до конца 1946 г., США, несшие основное бремя расходов, прилагали усилия, чтобы затянуть их реализацию и оставить значительную сумму из американского взноса неиспользованной на момент истечения этого срока. Для этого Госдепартаментом и Казначейством США, через которые проходили все заявки, были установлены длительные процедуры их проверки, непрерывных перерасчетов стоимости, установления резервов на цены и так далее. Однако это лишь подстегивало советских представителей, которые добились принятия резолюции № 101, предусматривающей, что в случаях, «когда отгрузки ЮНРРА задержаны... обстоятельствами вне контроля ЮНРРА, Администрация уполномочивается организовать такие закупки и отгрузки странам-получателям в Европе после конца 1946 г., как можно скорее после указанного срока»¹². Если бы не эта резолюция, то УССР и БССР лишились бы снабжения на 54 млн долларов, которое оставалось недопоставленным к 1 января 1947 г. Были пресечены попытки сократить программы поставок Украине и Белоруссии и вытребован приоритет для них. А чтобы впредь и вовсе лишиться США стимула к сокращению поставок, советские сотрудники проявили еще большую изобретательность: добились резолюции о передаче всех неиспользованных средств ЮНРРА в Международный детский фонд. Поскольку такие решения принимались на открытых сессиях Совета ЮНРРА, у США не оставалось выбора. Тем не менее в январе 1947 г. Казначейство США прекратило размещение новых заказов, мотивируя тем, «что иначе они не управятся в срок с прекращением операций ЮНРРА»¹³.

На момент написания Н. И. Феоновым рапорта (14 мая 1947 г.) ни одной из республик комплектного заводского оборудования получено не было, а рапортующий указывал на все еще продолжающиеся поставки его частей. И, несмотря на якобы предоставляемый республикам СССР приоритет, все «приходилось выколачивать от ЮНРРА только путем непрерывного нажима»¹⁴.

Можно было бы допустить, что Н. И. Феонов целенаправленно сгущал краски с целью преувеличения заслуг советских сотрудников. Но анализ всего комплекса документов, в том числе переписки главы миссии ЮНРРА в БССР Теодора Уоллера с И. М. Былинским и штаб-квартирой в Вашингтоне, подтверждает правдивость этого рапорта. Так, несмотря на договоренность о том, что оборудование заводов должно быть «прислано комплектным в целях скорейшего пуска заводов в ход»¹⁵, поставлялось оно разрозненно, небольшими партиями и крайне медленно. Поставки в БССР отдельных частей для завода начались не ранее декабря 1946 г.! Это были отправленные из Нью-Йорка судном «Америкэн Виктори» 13 декабря два ящика с пенициллиновым оборудованием весом 74 фунта (обозначены как «установочная машина для пенициллинового оборудования») и 23 декабря пароходом «Кросби С. Нойс» ящик с ротометрами¹⁷. И в дальнейшем очень дозированно, с большими перерывами разрозненное оборудование поступало в порт Одессы. А уже в начале 1947 г., как следует из обращений Т. Уоллера к И. М. Былинскому, действительно возникла реальная угроза расторжения контрактов и полного прекращения поставок.

Поскольку в аналогичной ситуации оказались почти все получающие оборудование страны, в апреле 1947 г. в Риме было созвано совещание глав миссий ЮНРРА в этих странах, на котором всплыли и другие проблемы. Как сообщал П. Алексеев М. А. Меньшикову, «оказалось, что некоторые части оборудования, в том числе и такие существенные, как холодильные установки, рефрижераторы, некоторые химикалии, еще не закуплены и не ясна перспектива закупок... было высказано пожелание, чтобы Вашингтон как можно скорее выяснил перспективы поставок и сообщил миссиям, что же в конце концов будет закуплено и на поставку каких предметов нельзя рассчитывать». Показательно и то, что «ЮНРРА разослало... чертежи, которые уже устарели и что рассылаемое сейчас оборудование уже не соответствует этим чертежам»¹⁸. Налицо был формальный подход руководства ЮНРРА к реализации проекта, как и желание США постоянно давать странам повод ощущать свое превосходство и степень зависимости от своей воли.

Такая ситуация способствовала тому, что отношения ЮНРРА и советского руководства совсем охладели. Если прежний Генеральный директор ЮНРРА Ф. Ла Гардиа, побывав в августе 1946 г. в СССР вместе с сыном, был личным гостем Сталина¹⁹, то последний директор генерал Л. Рукс во время визита в Москву 29 апреля 1947 г. в связи с предстоящим прекращением работы ЮНРРА не удостоился такой чести и имел беседу с А. И. Микояном.

¹¹ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2684. Л. 11

¹² Там же. Л. 204

¹³ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2684. Лл. 204—202.

¹⁴ Там же. Л. 202.

¹⁵ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2684. Л. 146.

¹⁶ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2677. Л. 191.

¹⁷ Там же. Л. 81.

¹⁸ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2684. Л. 136—137.

¹⁹ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2683. Л. 82.

История медицины

На вопрос о дальнейшей судьбе поставок машинного и пенициллинового оборудования генерал Рукс с уверенностью заявил, что «части машинного оборудования... сейчас приобретаются и в скором времени будут поставлены», а в отношении пенициллиновых заводов уклончиво ответил, что «хотя он не может быть уверен в поставке этого оборудования, но со стороны Администрации будет сделано все возможное для того, чтобы осуществить эту поставку»²⁰.

Но на проходившем 16—19 мая 1947 г. в Праге новом совещании, где состоялась встреча с консультантом из Канады В. Х. Хендершоттом, присутствие которого Администрация обеспечила «лишь на время совещания только после обширных переговоров и поисков»²¹, всплыли проблемы еще серьезнее. Обнаружилась необходимость закупки дополнительного оборудования, причем такого, без которого «производство пенициллина может подвергнуться серьезной опасности, если вообще не станет невозможным»²². Список этого оборудования был подготовлен консультантом. В свою очередь, чехословацкая сторона, являвшаяся организатором совещания, обещала предоставить всем участникам материалы совещания, в том числе «пересмотренные чертежи расстановки оборудования»²³.

Однако до завершения работы миссий ЮНРРА в Украине (2 июля 1947 г.) и Белоруссии (30 июня 1947 г.) оборудование полностью так и не поступило. За месяц до отъезда глава белорусской миссии Т. Уоллер сообщал И. М. Былинскому, что «Имеются сертификаты на отгрузку около 81% общей стоимости в долларах пенициллинового оборудования и программного материала. Около 27% общей стоимости отправлено. Та часть, на которую сертификаты на отгрузку были получены, но которая еще не была отправлена, должна быть отгружена в течение следующих 4 недель»²⁴. Однако, как демонстрируют сводки, после отбытия миссий поставки затормозились совсем: за 4 месяца после отъезда миссионеров — с 1 июля по 1 октября 1947 г. — в УССР отправили пенициллинового оборудования всего лишь на 4 тыс. долларов, а в БССР — на 9 тыс. долларов²⁵.

Характерно, что при целенаправленном сдерживании руководством ЮНРРА реализации проекта сотрудники миссий, видевшие лично ситуацию в разрушенных войной республиках, относились к проекту очень серьезно. Теодор Уоллер, овдовевший в августе 1946 г. в результате смерти от менингита супруги Рут, секретаря минской миссии, с особым сочувствием относился к медицинским нуждам Белоруссии. За 5 дней до отъезда миссии он писал в Вашингтон: «Пенициллиновое совещание... раскрыло необходимость дополнительных закупок...

Миссия настаивает, чтобы были взяты средства из любого источника для немедленной закупки. Успешное завершение установления пенициллинового завода и производство потенциально остается величайшим единственным и долгодействующим вкладом ЮНРРА в восстановление здравоохранения в Белоруссии»²⁶.

Проблематичным было получение не только оборудования, но и технической документации. Так, ситуация с ожидаемым приездом в Белоруссию специалиста доктора Вовка, снабженного «полным комплектом чертежей оборудования для производства пенициллина»²⁷, была весьма странной. Выехав из США 5 декабря 1946 г.²⁸, в Белоруссию он так и не прибыл, и ни в Минске, ни в Вашингтоне ничего не знали о его местонахождении. Т. Уоллер успокаивал Былинского: «Тем не менее сейчас достают чертежи и они будут пересланы вам воздушной почтой»²⁹. Очевидно, он рассчитывал на получение этой документации от чешских коллег, но они и сами не могли добиться новых чертежей, тратя месяцы на переписку со штаб-квартирой ЮНРРА в Вашингтоне [7, с. 74].

И в следующем, 1948 г., в советских республиках, как и в остальных странах, кроме Италии, пенициллиновые заводы не были пущены, так как оборудование не было поставлено в полном объеме. А полученное и простаивающее на глазах морально устаревало в связи со стремительным прогрессом в этой области. Создавалась уникальная возможность модернизации заводов без остановки производства. Но США сохраняли запрет на продажу суперэкстрактора Подбельняка, позволявшего давать 95% выход препарата, подчеркивая, что самостоятельное воспроизведение его защищено международным патентным правом. ВОЗ, на которую переложили задачу завершения проекта, была бессильна, и это стало поводом для выхода из нее стран социалистического лагеря в 1949—1950 гг.

Таким образом, проект поставки пенициллиновых заводов ЮНРРА, представлявший для СССР большой практический интерес, для американского руководства был изначально проектом политическим, позволявшим явить послевоенному миру свой гуманизм и завоевать политическое лидерство. Но серьезного намерения осуществить его англо-американская команда Администрации помощи и восстановления не имела и пользовалась малейшей возможностью его затормозить и свернуть, а СССР получил значительный политический урок. Сложившаяся вокруг «пенициллинового проекта» ситуация не могла не повлечь соответствующей реакции с советской стороны, что неизбежно вело к обострению отношений с США. Однако данный вопрос требует отдельного рассмотрения.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

²⁰ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2684. Л. 15.

²¹ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2683. Л. 67.

²² Там же. Л. 69.

²³ Там же. Л. 67.

²⁴ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2683. Лл. 77—76.

²⁵ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2684. Л. 375.

²⁶ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2683. Л. 26.

²⁷ Там же. Л. 76.

²⁸ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2677. Л. 114.

²⁹ РГАЭ. Ф. 413. Оп. 24. Ед. 2683. Л. 76.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Воложинский В. Миссия ООН — ЮНРРА в Беларуси. Режим доступа: <https://minsk-old-new.com/life/war1941—1945/missiya-oon-yunrra-v-belarusi>
2. Шахнович Т. Что стояло за гибелью американки Рут Уоллер, спасшей белорусских мальчишек в 1946 году? Режим доступа: <https://www.kp.by/daily/27022.3/4083975/>
3. Смерть Рут Уоллер по версии «Военной газеты». Режим доступа: <https://salidarnasc.livejournal.com/53607.html>
4. Fifty Facts about UNRRA. London; 1946.
5. The Story of UNRRA. Washington; 1948.
6. UNRRA. The History of the United Nations Relief and Rehabilitation Administration. New York; 1950.
7. Lotysz S. 'Lasting Memorial' to the UNRRA? Implementation of the Penicillin Plant Programme in Poland, 1946—1949. *J. Intern. Com. Hist. Technol.* 2000;(2):70—91.
8. Чибиляев Х. Ш., Северцев В. А., Чибиляев Т. Х. История развития фармацевтического производства в России. М.: Российская академия естествознания; 2006
9. Данилова Е. А. История развития химико-фармацевтической промышленности. Иваново; 2013
10. Сизенцев А. И., Мисетов И. А., Каримов И. Ф. Антибиотики и химиотерапевтические препараты. Оренбург: Оренбургский государственный университет; 2012.
11. Conroy M. The Soviet Pharmaceutical Industry and Dispensing, 1945—1953'. *Europe-Asia Studies.* 2004;56(7):963—91.
12. Соколов В. В. ЮНРРА и Советский Союз. 1943—1948 годы (по новым архивным материалам). *Новая и новейшая история.* 2011;(6):24—33.
13. Шерстнева Е. В. Создание «советского пеницилина»: о чем молчали архивные документы. *Ремедиум.* 2019;(12):16—20. doi: 10.21518/1561-5936-2019-12-16-20
14. Шерстнева Е. В. Организация промышленного производства пеницилина в СССР. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2020;28(2):320—5. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-2-320-325
15. Penicillin for European Countries'. *California West. Med.* 1946;64(2):110.

Поступила 14.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

1. Volozhinsky V. UN Mission — UNRRA in Belarus. Available at: <https://minsk-old-new.com/life/war1941—1945/missiya-oon-yunrra-v-belarusi> (in Russian).
2. Shakhnovich T. What was behind the death of American Ruth Waller, who saved Belarusian boys in 1946? Available at: <https://www.kp.by/daily/27022.3/4083975/> (in Russian).
3. Death of Ruth Waller according to the «Military Gazette». Available at: <https://salidarnasc.livejournal.com/53607.html>
4. Fifty Facts about UNRRA. London; 1946.
5. The Story of UNRRA. Washington; 1948.
6. UNRRA. The History of the United Nations Relief and Rehabilitation Administration. New York; 1950.
7. Lotysz S. 'Lasting Memorial' to the UNRRA? Implementation of the Penicillin Plant Programme in Poland, 1946—1949. *J. Intern. Com. Hist. Technol.* 2000;(2):70—91.
8. Chibiljaev H. S., Severtsev V. A., Chibiljaev T. H. History of development of pharmaceutical production in Russia [*Istoriya razvitiya farmacevticheskogo proizvodstva v Rossii*]. Moscow: Russian Academy of natural Sciences; 2006 (in Russian).
9. Danilova E. A. History of development of the chemical and pharmaceutical industry [*Istoriya razvitiya himiko-farmaceuticheskoy promyshlennosti*]. Ivanovo; 2013 (in Russian).
10. Sizentsev A. I., Misetov I. A., Karimov I. F. Antibiotics and chemotherapy drugs [*Antibiotiki i khimioterapevticheskie preparaty*]. Orenburg: Orenburg state University; 2012 (in Russian).
11. Conroy M. The Soviet Pharmaceutical Industry and Dispensing, 1945—1953'. *Europe-Asia Studies.* 2004;56(7):963—91.
12. Sokolov V. V. UNRRA and the Soviet Union. 1943—1948 (based on new archival materials). *Novaya i novejschaya istoriya.* 2011;(6):24—33 (in Russian).
13. Sherstneva E. V. Creation of «Soviet penicillin»: what the archival documents were silent about. *Remedium.* 2019;(12):16—20. doi: 10.21518/1561-5936-2019-12-16-20 (in Russian).
14. Sherstneva E. V. Organization of industrial production of penicillin in the USSR. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny.* 2020;28(2):320—5. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-2-320-325 (in Russian).
15. Penicillin for European Countries'. *California West. Med.* 1946;64(2):110.

Васина Т. А.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ШТАБ-ЛЕКАРЯ И. Т. ВОСКОБОЙНИКОВА НА КАМСКИХ ЗАВОДАХ НА РУБЕЖЕ XVIII—XIX вв.

ФГБУН «Удмуртский федеральный исследовательский центр Уральского отделения Российской академии наук», 426067, г. Ижевск

В статье рассматриваются основные факты биографии штаб-лекаря И. Т. Воскобойникова во время его деятельности на Камских заводах (Ижевском и Камско-Воткинском железодельных) Вятской губернии. Определяются главные этапы его службы на протяжении конца XVIII — начала XIX в., анализируются круги врачебных обязанностей, вклад в развитие социальной сферы горного ведомства. Освещаются основные проблемы региональной системы здравоохранения, которые И. Т. Воскобойникову приходилось решать в изучаемый период. В их числе вопросы полного материального обеспечения Ижевского и Воткинского госпиталей (как хозяйственной, так и врачебной части), подготовки кадров, организации оспопрививания. Уделяется внимание взаимодействию штаб-лекаря с заводской администрацией. По итогам исследования делаются выводы, что И. Т. Воскобойников был одним из первых старших врачей и инспекторов казенных горнозаводских госпиталей и стоял у истоков профессиональной медицины в двух крупных промышленных центрах края. Источниковой базой исследования послужили материалы ряда центральных и региональных архивов: Российского государственного архива древних актов, Российского государственного исторического архива, Центрального государственного архива Удмуртской Республики и Государственного архива Свердловской области.

Ключевые слова: микроистория; биографические исследования; горное ведомство; Вятская губерния; Камские заводы; И. Т. Воскобойников; Ижевский госпиталь; Воткинский госпиталь.

Для цитирования: Васина Т. А. Деятельность штаб-лекаря И. Т. Воскобойникова на Камских заводах на рубеже XVIII—XIX вв. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(2):379—384. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-379-384>

Для корреспонденции: Васина Татьяна Анатольевна, канд. истор. наук, старший научный сотрудник Удмуртского института истории, языка и литературы УдмФИЦ УрО РАН, e-mail: tatjasch@mail.ru

Vasina T. A.

THE ACTIVITIES OF THE FIELD-DOCTOR I. T. VOSKOBOYNIKOV AT KAMA MILLS AT THE TURN OF XVIII—XIX CENTURIES

Udmurt Federal Research Center of the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences, 426067, Izhevsk, Russia

The article considers the main facts of the biography of the field-doctor I. T. Voskoboynikov during his activities in the Kama mills (Izhevsk and Votkinsk ironworks) in the Vyatka Guberniya. The main stages of his service during the end of the XVIII — beginning of the XIX century are defined. The scope of medical duties and contribution to development of the social sphere of the mining department are analyzed. The article highlights the main problems of the regional health system that I. T. Voskoboynikov had to solve in the considering period. Among them were issues of full material support of Izhevsk and Votkinsk hospitals (both economic and medical parts), training and organization of smallpox vaccination. The attention is paid to the interaction of the field-doctor with the factory administration. According to the results of the study it is concluded that I. T. Voskoboynikov was one of the first field-doctors and inspectors of state mining hospitals and he stood at the origins of occupational medicine in two major industrial centers of the region. The research was based on materials from number of central and regional archives.

Keywords: microhistory; biographical research; mining department; Vyatka Guberniya; Kama factories; I. T. Voskoboynikov; Izhevsk hospital; Votkinsk hospital.

For citation: Vasina T. A. The activities of the field-doctor I. T. Voskoboynikov at Kama mills at the turn of XVIII—XIX centuries. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(2):379—384 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-2-379-384>

For correspondence: Vasina T. A., candidate of historical sciences, the Senior Researcher of the Udmurt Institute of History, Language and Literature of the Federal State Budget Institution of Science “The Udmurt Federal Research Center of the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences”. e-mail: tatjasch@mail.ru

Conflict of interests. The author declares absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 20.08.2020
Accepted 29.10.2020

Введение

Исследования в области социальной истории, позволяющие выявить закономерности и особенности развития социальной сферы в регионах России в разные исторические периоды, на современном этапе занимают одно из значимых мест в отечественной исторической науке. В число актуальных направлений социальной истории входит также микроистория, которая рассматривает группы общества или человека в конкретных условиях историче-

ской эпохи и уделяет внимание биографическим исследованиям жизни и деятельности отдельных личностей. В историографии достаточно распространены публикации, посвященные вкладу выдающихся врачей — организаторов здравоохранения в становление профессиональной медицины [1—13]. Поэтому в рамках настоящей статьи представляется актуальным продолжить традицию изучения медико-социальных вопросов путем обращения к биографии штаб-лекаря И. Т. Воскобойникова, трудившегося на рубеже XVIII—XIX вв. в госпиталях военного и

горного ведомств. Предмет исследования составляет деятельность врача на Камских заводах (в Ижевском и Воткинском госпиталях), этапы его службы, круг обязанностей, вклад в развитие здравоохранения. На базе материалов Российского государственного архива древних актов, Российского государственного исторического архива, Центрального государственного архива Удмуртской Республики и Государственного архива Свердловской области, впервые введенных в научный оборот, реконструированы основные факты биографии И. Т. Воскобойникова. Выявленные документы позволили уточнить сведения о развитии социальной сферы двух крупных промышленных центров (Ижевского и Камско-Воткинского заводов) Вятской губернии.

Материалы и методы

Иван Тимофеевич Воскобойников (1772—1835), по данным формулярных списков, происходил из духовного сословия (родился в семье малороссийского священнослужителя). В 1793 г. он окончил Кронштадтское медико-хирургическое училище и поступил на службу лекарским учеником в местный госпиталь. В январе 1794 г. по указу Медицинской коллегии Иван Тимофеевич был принят в Санкт-Петербургское медико-хирургическое училище³⁰ и одновременно определен в Санкт-Петербургский адмиралтейский госпиталь. В сентябре 1796 г. на экзаменационных публичных испытаниях будущий врач продемонстрировал отличные успехи в медицинской науке, поэтому по решению коллегии вместо получения аттестата подлекаря продолжил совершенствование знаний в учебном заведении. Помимо медицины, он изучал химию, физику, математику, философию, латынь и французский язык. В 1797 г. по итогам генерального экзамена И. Т. Воскобойникову была присвоена степень («звание») кандидата хирургии. В течение года он проходил лечебную практику, а в марте 1798 г. был направлен на два месяца в «родильню» (родильный госпиталь) Санкт-Петербургского воспитательного дома для приобретения практического навыка в «повивальном искусстве». С 31 мая 1798 г. Иван Тимофеевич трудился лекарем в Санкт-Петербургском адмиралтейском госпитале³¹.

На Камские заводы в Вятскую губернию врач был направлен 23 июня 1798 г. Здесь 14 августа 1802 г. он был произведен в штаб-лекари³² с формулировкой «за добропорядочную службу».

В 1804—1807 гг. И. Т. Воскобойников работал в Екатеринбургском горном округе, так как был переведен на вакансию сверхштатного доктора Екатеринбургских заводов 31 мая 1804 г. по предписанию министра внутренних дел. За проведенное заводско-

му населению оспопрививание врач был награжден императором золотой табакеркой (1807)³³.

В 1807 г. Иван Тимофеевич вернулся в Ижевский госпиталь (определился доктором с 31 мая по собственному желанию), но уже 27 сентября 1808 г. уволился в связи с передачей завода из горного в военное ведомство и временно поступил в Воткинский госпиталь. В 1809—1810 гг. трудился в Гороблагодатском горном округе, в том числе исполнял обязанности инспектора местных госпиталей и аптек.

В 1811 г. И. Т. Воскобойников возвратился в Камско-Воткинский горный округ, где работал штаб-лекарем и инспектором госпиталя до 21 июня 1825 г. В период своей службы в Воткинском госпитале врач дважды получал повышение в чине: VIII класса «Табели о рангах» — коллежского асессора (5 января 1811 г.) и VII класса — надворного советника (в 1821 г., со старшинством с 5 января 1816 г.); был награжден орденом Св. Анны 3-й степени (6 апреля 1820 г.), имел бронзовую дворянскую медаль на Владимирской ленте (1814), ему было объявлено «Высочайшее Е. И. В. благоволение» (14 июля 1809 г.)³⁴.

Результаты исследования

В первую очередь, с момента своего направления в Вятскую губернию, Ивану Тимофеевичу приходилось решать вопросы материального обеспечения Ижевского и Воткинского госпиталей. Так, в 1799 г. до сведения Берг-коллегии был доведен рапорт лекаря, в котором перечислялись необходимые вещи «для порядочного содержания лазарета». Прежде всего И. Т. Воскобойников потребовал от командира Камских заводов Н. Ф. Аврамова «лазаретные дома построить на местах сухих возвышенных свободно ветрами проветриваемых... в коих покои должны быть пространнее и многочисленнее, ибо от многолюдства в тесных покоях воздух чрез одно дыхание столь много портится, что неретко здоровым людям бывает смертоносным...», но еще до введения в строй новых зданий следовало, по мнению лекаря, в Камско-Воткинском заводе арендовать под лазарет специальное помещение, отвечающее всем требованиям, а в Ижевском — отремонтировать (оклеить бумагой стены и побелить, перестелить полы, исправить печь). Кроме того, требовалось изготовить кровати для пациентов, набить конским волосом тюфяки и подушки, шить наволочки, простыни, рубахи и порты (по три смены белья), для умывания в каждый госпиталь приобрести по рукомойнику, тазу и по шесть полотенец, для трапезы — по деревянной кружке, чашке, тарелке, ложке и солонке на человека, назначить работников и работниц для мытья белья и пола и прочих услуг, запретить больным принимать собственную пищу и, наконец, организовать аптеку и снабдить ее ле-

³⁰ В дальнейшем — Императорская медико-хирургическая академия.

³¹ Центральный государственный архив Удмуртской Республики (ЦГА УР). Ф. 4. Оп. 1. Д. 5. Лл. 33—35об.; Ф. 212. Оп. 1. Д. 3258. Лл. 4—5об.

³² Военно-врачебное звание старших врачей в XVIII—XIX вв.

³³ ЦГА УР. Ф. 4. Оп. 1. Д. 5. Лл. 33—35об.; Ф. 212. Оп. 1. Д. 3258. Лл. 4—5об.

³⁴ Там же.

История медицины

карствами³⁵. По итогам рапорта И. Т. Воскобойникова в Ижевском госпитале был выполнен ремонт, «сколько обстоятельства позволили», из «не тонкого» холста сшиты и набиты соломой 30 тюфяков и 30 наволочек, а также простыни на 15 человек, для одеял куплено серое сукно (187 аршин), из аптеки в г. Екатеринбурге «на первый случай» получено лекарств на 86 руб. 45 коп. Прочие припасы решено приобрести в г. Казани; в Камско-Воткинском заводе, начался поиск подходящего для лазарета помещения³⁶. Помимо этого Берг-коллегией было признано нерациональным перевозить больных между двумя предприятиями и, соответственно, целесообразным содержание лечебных заведений одновременно и в Ижевском, и в Камско-Воткинском заводах³⁷. Все требующие решения вопросы командир Камских заводов Н. Ф. Аврамов 10 сентября 1800 г. также представил на рассмотрение Горного совета в г. Екатеринбурге, и уже 30 сентября Канцелярия Главного заводов правления рапортом в Берг-коллегию подтвердила необходимость строительства новых помещений по причинам тесноты Ижевского госпиталя и размещения воткинских больных в комнате при сушилах³⁸. Расходы на постройку госпиталей должны были составить 1936 руб. 81¼ коп. по плакатной смете или 7275 руб. 35¼ коп. — по вольной, одновременно рассматривалась возможность возведения лечебных заведений за счет суммы, ассигнованной Камским заводам³⁹. В дальнейшем, в начале XIX в., берг-инспектор П. Е. Томилов, осматривая в декабре 1808 г. Воткинский госпиталь, высоко оценил деятельность И. Т. Воскобойникова в сфере материального обеспечения лечебных заведений: благодаря ему «нашел... содержание больных пищею, обувью и прочим изобильным и порядочным и в надлежащей чистоте, медикаментов же в особом отделении хранящихся судя по количеству людей и настоящих болезней довольно»⁴⁰.

К числу актуальных на рубеже XVIII—XIX вв. относилась и кадровая проблема. В 1799 г. И. Т. Воскобойников обратился к заводскому начальству с просьбой выделить ему в помощь младшего лекаря или подлекаря (при Воткинском госпитале) и лекарских учеников (при Ижевском), поскольку одному ему было трудно перемещаться и распределять обязанности между предприятиями⁴¹. Канцелярия Главного заводов правления предписала командиру Н. Ф. Аврамову «для научения лекарским наукам выбрав из мастерских детей двух отдать штаб-лекарю, с тем чтобы они после могли помещены быть на места лекарских учеников...»⁴². Систематическая подготовка лекарских учеников при Воткинской ма-

лой горной школе началась только в 1811 г. На лекарских учеников возлагались различные обязанности по госпиталю и аптеке. Например, Л. Морозов отпускал в аптеке лекарства по рецептам, Н. Варначев помогал ему составлять лекарства, Ф. Сысолятин вел запись рецептов в шнуровой книге, И. Ипатов дежурил в госпитальных палатах и составлял отчеты о расходовании лекарств, Д. Запольский дежурил в палатах и вел письмоводство по госпиталю, А. Мокин помогал в аптеке, ведал сбором лекарственных трав, Я. Ивуков, П. Чепкасов и Н. Чепкасов выполняли палатные обязанности и разные поручения⁴³. В 1816 г. лекарский ученик Л. Морозов был направлен для обучения в Императорскую медико-хирургическую академию, а в 1817 г. И. Т. Воскобойников по требованию департамента горных и соляных дел Министерства финансов рекомендовал для обучения ветеринарии И. Ипатову и А. Медведеву, хотя и оценил их подготовку в части знания латинского языка как посредственную, не позволяющую поступить в первый разряд академических воспитанников⁴⁴.

Дополнительно в 1816 г. в помощь Ивану Тимофеевичу лекарем в Воткинский госпиталь был принят М. К. Родороскамский, выпускник Императорской медико-хирургической академии, которому были поручены все обязанности по госпиталю: в его ведение перешли больные, лекарские ученики и служители, медицинские инструменты и шнуровые книги. И. Т. Воскобойников оставался старшим врачом и инспектором: «...старшим медиком в здешнем заводе есть и на будущее время остается г. штаб-лекарь коллежский асессор Воскобойников, который по сему имеет право и долг наблюдать за госпиталем и аптекою, как врачебный местный инспектор»; соответственно, Родороскамский был обязан выполнять все его предписания, а «лечение вне госпиталя и округе заводской поручается г-ну Воскобойникову...»⁴⁵.

Особое внимание на рубеже XVIII—XIX вв. уделялось борьбе с оспой, довольно распространенным в тот период заболеванием. В частности, в приходе Ижевской Пророко-Ильинской церкви смертность от оспы регистрировались в ряде лет: в 1780 г. скончались 55 человек (55% общего количества умерших прихожан), в 1783 г. — 2 человека (2%), в 1785 г. — 14 человек (13,9%), в 1789 г. — 29 человек (21%), в 1792 г. — 32 человека (20,9%), в 1796 г. — 46 человек (22,4%), в 1797 г. — 9 человек (9,4%), в 1801 г. — 39 человек (18,6%), в 1806 г. — 55 человек (25,5%)⁴⁶. Среди умерших от оспы, как правило, преобладали несовершеннолетние, в том числе в июне 1801 г. в возрасте 6 мес. умерла дочь самого И. Т. Воскобойникова Татьяна⁴⁷. В 1812 г. Иван Тимофеевич вошел в

³⁵ Российский государственный архив древних актов (РГАДА). Ф. 271. Оп. 1. Д. 2247. Лл. 459—459об.

³⁶ РГАДА. Ф. 271. Оп. 1. Д. 2247. Лл. 460об.—461.

³⁷ Там же. Л. 463.

³⁸ РГАДА. Ф. 271. Оп. 1. Д. 2305. Л. 390.

³⁹ Там же. Л. 391об.

⁴⁰ Государственный архив Свердловской области (ГАСО). Ф. 24. Оп. 33. Д. 26. Л. 22об.

⁴¹ РГАДА. Ф. 271. Оп. 1. Д. 2305. Л. 390.

⁴² Там же. Л. 396.

⁴³ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 597. Л. 10.

⁴⁴ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 1186. Лл. 14—16, 20, 24, 27—27об., 29—30, 51об.

⁴⁵ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 737. Лл. 15—16.

⁴⁶ ЦГА УР. Ф. 20. Оп. 1. Д. 22. Лл. 12—12а об., 52—53об., 77—79об., 145об.—148об., 184об.—185об.; Д. 24. Л. 25а об.—26, 36—37об., 99об.—103об.; Д. 25. Л. 45—52.

состав вновь открытого в Камско-Воткинском заводе оспенного комитета. В 1815 г. были привиты 485 человек, в 1816 г. (в августе и сентябре) — еще 106 человек⁴⁸.

Выполнение штаб-лекарем своих обязанностей требовало постоянного взаимодействия с заводским начальством: старший медик доставлял заводскому управителю сведения о причинах смертности местного населения⁴⁹, вносил предложения о питании больных в госпитале, подавал прошения о закупке необходимых припасов для госпитальной аптеки. Например, в 1816 г. И. Т. Воскобойников предложил управляющему Камско-Воткинским заводом внести изменения в «Табель о продовольствовании пищею нижних воинских чинов в военных госпиталях» от 1809 г. таким образом, чтобы в кисельной диете мед заменить молоком по врачебным и экономическим соображениям (мед был дороже молока и не подходил при некоторых заболеваниях), но получил отказ по причине сложности заготовления и хранения молока в больших количествах⁵⁰. По рецептам Ивана Тимофеевича для Воткинского госпиталя и аптеки заводскими чиновниками регулярно закупались лекарственные средства, в частности, в 1808 г. — на сумму 524 руб. 16 коп.⁵¹, в 1809 г. — на 4834 руб. 17 коп. (у московского купца Г. А. Ушакова приобретены экстракт болиголова, цветы ромашки, бузины, розмарина, розы, донника, корни осоки, пырея, солодки, шалфей, рута, нашатырный спирт, мятное масло, камедь, винный уксус, березовый трут, шпанские мухи, канифоль, хинная кора и многие другие вещества)⁵², в 1819 г. — на 62 руб. 75 коп. (у московского огородника Е. Петрова куплены семена огородных и лекарственных растений для госпитального огорода)⁵³.

Несмотря на заслуги, в 1825 г. И. Т. Воскобойников был уволен со службы с формулировкой «за ненадобностью», но, по мнению самого врача, из-за подстрекательства чиновников и притеснений со стороны заводского управителя К. Я. Нестеровского. Донесение Ивана Тимофеевича о злоупотреблениях комиссия Министерства финансов оставила без рассмотрения, так как не нашла недостатков в содержании больных⁵⁴. Тем не менее конфликт с заводским начальством не стал для штаб-лекаря препятствием к назначению пенсии за 28-летний стаж, кроме того, намереваясь жить в Санкт-Петербурге, он продал заводской казне свой дом с хозяйственными постройками, оцененный в 7356 руб. 60 коп.⁵⁵.

Обсуждение

Упоминание о личности И. Т. Воскобойникова можно обнаружить в ряде научных работ. Так, Ю. В. Цвелев и В. Г. Абашин, рассматривая историю возникновения в России XVIII в. акушерского образования, отметили, что изучение «повивального искусства» на практике при родильных госпиталях Московского и Санкт-Петербургского воспитательных домов появилось в конце 1797 г. по инициативе директора Медицинской коллегии А. И. Васильева, следовательно, Иван Тимофеевич был в числе первых практикантов, наряду с Мостовецким, Стаховским, Моисеевым, Байцуровым, Капельским, Гладиковским и Кашинским [14, с. 157]. Согласно диссертационному исследованию Э. А. Черноухова, перевод И. Т. Воскобойникова в Вятскую губернию на Камские заводы был связан с деятельностью воссозданной в 1797 г. Канцелярии главного заводов правления: ее главный начальник А. С. Ярцов сумел добиться принятия новых штатов 1798 г., увеличивавших финансирование медицинской сферы в 1,5 раза, и обеспечил перевод на казенные горные предприятия Урала пятерых военных медиков, в числе которых был Иван Тимофеевич. В дальнейшем И. Т. Воскобойников переехал в г. Екатеринбург в связи с отсутствием возможностей для обучения детей в поселке при Камско-Воткинском заводе, а в Ижевский завод вернулся по настоянию обер-берггауптмана А. Ф. Дерябина, начальника Гороблагодатских, Камских и Богословских заводов. Э. А. Черноухов отметил, что лекари XVIII—XIX вв. предпочитали служить в казенных горнозаводских округах, так как здесь их положение в целом являлось более защищенным и спокойным, чем в частных хозяйствах: на государственных предприятиях уровень защищенности медиков был существенно выше, реже наблюдались конфликты с заводской администрацией, и даже если врачи лишались своих должностей, то дело не доходило до судебных разбирательств [15, с. 73, 76, 108]⁵⁶. По данным Т. Ю. Шестовой, также известно, что после отставки И. Т. Воскобойников трудился в Оренбургской губернии [16, с. 151].

Сын И. Т. Воскобойникова Николай Иванович Воскобойников⁵⁷ стал известным горным инженером: выпускник Горного кадетского корпуса, майор Корпуса горных инженеров, директор Бакинских и Ширванских нефтяных и соляных промыслов, он является автором первых научных трудов в области нефтяной промышленности и одним из первых коллекционеров иранской фауны [17].

⁴⁷ ЦГА УР. Ф. 20. Оп. 1. Д. 24. Л. 102.

⁴⁸ ГАСО. Ф. 24. Оп. 33. Д. 612. Лл. 180—180об.

⁴⁹ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 862. Л. 2.

⁵⁰ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 894. Лл. 1—2.

⁵¹ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 64. Л. 54.

⁵² ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 172. Лл. 37—40.

⁵³ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 1659. Лл. 4—5, 7—7об.

⁵⁴ Российский государственный исторический архив (РГИА). Ф. 43. Оп. 1. Д. 1. Лл. 102—106об.

⁵⁵ ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 3258. Лл. 4—5об.; Д. 3259.

⁵⁶ Тем не менее до конфликта с управителем К. Я. Нестеровским И. Т. Воскобойников дважды находился под следствием: по обвинению в растлении несовершеннолетних крепостных девочек (освобожден от суда и следствия Правительствующим Сенатом с подпиской «не чинить крепостным притеснений») и по доносу на управителя Соболевского о его злоупотреблениях. См.: ЦГА УР. Ф. 212. Оп. 1. Д. 3258. Лл. 4—5об.

⁵⁷ По данным на 1825 г., у И. Т. Воскобойникова было три сына: Николай (21 год), Федор (8 лет) и Николай (6 лет).

Заключение

И. Т. Воскобойников был одним из первых штаб-лекарей⁵⁸, назначенных на Камские заводы на рубеже XVIII—XIX вв.: до него в Ижевском и Воткинском госпиталях трудились лекари, подлекари или лекарские ученики. В ведении Ивана Тимофеевича как старшего врача, а в дальнейшем также инспектора находилась вся система здравоохранения указанных промышленных предприятий и их округов. На заводах горного ведомства в сферу врачебных обязанностей И. Т. Воскобойникова входило лечение заводского населения, как в госпитальных палатах, так и в домашних условиях, назначение медикаментов и диеты больным, приготовление лекарств в аптеке, ведение отчетности. В изучаемый период ему приходилось решать вопросы полного материального обеспечения госпиталей (как медицинской, так и хозяйственной части), проблему подготовки квалифицированных кадров и организации оспопрививания.

В целом необходимо отметить, что Ижевский и Воткинский госпитали, где трудился И. Т. Воскобойников, являлись частью социальной инфраструктуры горных округов Урала и оказали влияние на становление профессиональной медицины в Вятской губернии. Госпитали Камских заводов (1759—1760) находились в числе первых лечебных учреждений региона: Вятский приказ общественного призрения был основан в 1781 г., Вятская губернская врачебная управа создана в 1797 г., а обязательное открытие больниц в городах началось только с 1811 г. [18, с. 63]. В данных условиях деятельность штаб-лекаря И. Т. Воскобойникова в области организации горнозаводского здравоохранения на рубеже XVIII—XIX вв., несомненно, способствовала развитию социальной сферы двух крупных индустриальных центров Вятской губернии.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егорышева И. В., Морозов А. В. Вклад М. Н. Ахутина в военно-полевую хирургию (к 75-летию Победы в Великой Отечественной войне). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(3):499—502. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-499-502
2. Сточик А. А. Жизненный и творческий путь академика И. Д. Страшуна. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(2):338—44. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-2-338-344
3. Васильев К. К., Васильев Ю. К. И. А. Петровский и внедрение количественного подхода в клиническую медицину. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(1):99—102. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-1-99-102
4. Егорышева И. В. С. И. Мицкевич — общественный врач, революционер, писатель (к 150-летию со дня рождения). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(5):921—3. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-5-921-923
5. Хабриев Р. У., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. Николай Александрович Семашко — первый народный комиссар здравоохранения России. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(3):164—8. doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-3-164-168

⁵⁸ В числе других штаб-лекарей изучаемого периода были Д. К. Зоммер, служивший на Камских заводах с 1805 г., и Е. Е. Зюзич, направленный в Камско-Воткинский горный округ в 1807 г.

6. Бородулин В. И., Затравкин С. Н., Поддубный М. В. О научно-общественной деятельности В. Д. Шервинского по созданию обществ врачей и организации съездов (по материалам личного архива В. Д. Шервинского). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(3):174—7. doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-3-174-177
7. Бородулин В. И., Пашков К. А., Поддубный М. В., Тополянский А. В., Шадрин П. В. Профессор Московского университета Л. Е. Голубинин и его роль в истории отечественной клинической начала XX века. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(5):371—6. doi: 10.32687/0869-866X-2018-26-5-371-376
8. Мороховец М. А. Л. З. Мороховец — физиолог и историк медицины. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(5):380—4. doi: 10.32687/0869-866X-2018-26-5-380-384
9. Бородулин В. И., Васильев К. К. Классик отечественной медицины Ф. Г. Яновский. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(6):496—501. doi: 10.32687/0869-866X-2018-26-6-496-501
10. Генина Е. С., Фукс Б. Б. Биография врача-хирурга Б. И. Фукса в контексте истории советской эпохи. *Вестник Кемеровского государственного университета*. 2017;4(72):36—45.
11. Орлов Ю. В. Д. И. Левитский — профессор повивального искусства. *Практическая медицина*. 2017;7(108):185—9.
12. Попова Н. М., Храмова Ю. В., Шубин Л. Л. С. Ф. Тучемский — выдающийся врач-гуманист, доктор семьи П. И. Чайковского. *Медицина и организация здравоохранения*. 2017;2(2):66—74.
13. Терешкина О. В. К биографии П. П. Белоусова: роль первого санитарного врача Тулы в строительстве городского водопровода. *История медицины*. 2017;4(3):255—71. doi: 10.17720/2409-5583.t4.3.2017.03c
14. Цвелев Ю. В., Абашин В. Г. 14 февраля 1763 года... К истории возникновения в России врачебного акушерского образования (XVIII век). *Журнал акушерства и женских болезней*. 2008;LVII(2):152—8.
15. Черноухов Э. А. Социальная инфраструктура горнозаводских округов Урала в XIX в.: казенный и частный типы: Дис. ... д-ра ист. наук. Екатеринбург; 2016.
16. Шестова Т. Ю. Медицина на уральских заводах в первой половине XIX в. *Антропология*. 2015;2(17):150—61.
17. Баккал С. Н. Николай Иванович Воскобойников — один из первых коллекторов иранской фауны (из истории орнитологических коллекций Зоологического музея Императорской Академии наук). *Русский орнитологический журнал*. 2019;28(1805):3645—75.
18. Калиниченко В. П. Из истории земской хирургии в Вятской губернии. *Вятский медицинский вестник*. 2016;1(49):62—8.

Поступила 20.08.2020
Принята в печать 29.10.2020

REFERENCES

1. Egorysheva I. V., Morozov A. V. Contribution of M. N. Akhutin to the military field surgery (on the 75th anniversary of the Victory in the Great Patriotic War). *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(3):499—502. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-499-502 (in Russian).
2. Stochik A. A. The life and career of academician I. D. Strashun. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(2):338—44. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-2-338-344 (in Russian).
3. Vasil'ev K. K., Vasil'ev Yu. K. I. A. Petrovsky and the introduction of a quantitative approach in clinical medicine. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(1):99—102. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-1-99-102 (in Russian).
4. Egorysheva I. V. S. I. Mitskevich — social doctor, revolutionary, writer (on the 150th anniversary of his birth). *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(5):921—3. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-5-921-923 (in Russian).
5. Khabriev R. U., Egorysheva I. V., Sherstneva E. V. Nikolai Alexandrovich Semashko — first minister of health of Russia. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(3):164—8. doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-3-164-168 (in Russian).
6. Borodulin V. I., Zatravkin S. N., Poddubnyy M. V. On the scientific and social activities of V. D. Shervinsky on the creation of societies

- of doctors and the organization of congresses (based on the materials of the personal archive of V. D. Shervinsky). *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(3):174—7. doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-3-174-177 (in Russian).
7. Borodulin V. I., Pashkov K. A., Poddubnyy M. V., Topolyanskiy A. V., Shadrin P. V. Professor of Moscow University L. E. Golubinin and his role in the history of a domestic clinic at the beginning of the 20th century. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(5):371—6. doi: 10.32687/0869-866X-2018-26-5-371-376 (in Russian).
 8. Morokhovets M. A. L. Z. Morokhovets — physiologist and historian of medicine. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(5):380—4. doi: 10.32687/0869-866X-2018-26-5-380-384 (in Russian).
 9. Borodulin V. I., Vasil'ev K. K. Classic of domestic medicine F. G. Yanovsky. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(6):496—501. doi: 10.32687/0869-866X-2018-26-6-496-501 (in Russian).
 10. Genina E. S., Fuks B. B. Biography of surgeon B. I. Fuchs in the context of the history of the Soviet era. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2017;4(72):36—45 (in Russian).
 11. Orlov Yu. V. D. I. Levitsky — professor of tocology. *Prakticheskaya meditsina*. 2017;7(108):185—9 (in Russian).
 12. Popova N. M., Khramova Yu. V., Shubin L. L. S. F. Tuchemsky — an outstanding humanist doctor, family doctor P. I. Tchaikovsky. *Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya*. 2017;2(2):66—74 (in Russian).
 13. Tereshkina O. V. To the biography of P. P. Belousov: the role of the first Tula sanitary doctor in the construction of urban water supply. *Istoriya meditsiny*. 2017;4(3):255—71. doi: 10.17720/2409-5583.t4.3.2017.03c (in Russian).
 14. Tsvelev Yu. V., Abashin V. G. February 14, 1763... On the history of the emergence in the Russia of medical obstetric education (XVIII century). *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney*. 2008;LVII(2):152—8 (in Russian).
 15. Chernoukhov E. A. The social infrastructure of the mining districts of the Urals in the 19th century: state-owned and private types: Diss. ... Doct. Hist. Sci. [*Sotsial'naya infrastruktura gorno-zavodskikh okrugov Urala v XIX v.: kazennyy i chastnyy tipy: Dis. ... d-ra ist. nauk*]. Yekaterinburg; 2016. 535 p. (in Russian).
 16. Shestova T. Yu. Medicine in the Ural factories in the first half of the XIX century. *Antro*. 2015;2(17):150—61 (in Russian).
 17. Bakkal S. N. Nikolai Ivanovich Voskoboinikov — one of the first collectors of the Iranian fauna (from the history of ornithological collections of the Zoological Museum of the Imperial Academy of Sciences). *Russkiy ornitologicheskiy zhurnal*. 2019;28(1805):3645—75 (in Russian).
 18. Kalinichenko V. P. From the history of zemstvo surgery in the Vyatka province. *Vyatskiy meditsinskiy vestnik*. 2016;1(49):62—8 (in Russian).