

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.,
здравоохр. и истории мед. 2022. Т. 30.
№ 2. 181—342.



Издатель:
Акционерное общество
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданок

Сдано в набор 28.02.2022.

Подписано в печать 06.04.2021.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.
Печ. л. 20,25. Усл. печ. л. 19,80.
уч.-изд. л. 24,35.

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 30

2022

ЯНВАРЬ—ФЕВРАЛЬ

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 — доктор социологических наук, 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 Махмадшоҳ 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)

РЕШЕТИНОВ 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 30

2022

JANUARY—FEBRUARY

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 RENNER — 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.

Dzumaliyeva 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

- Мингазова Э. Н., Тлиашинова И. А. Особенности репродуктивно-демографического процесса в экономически развитых странах в условиях пандемии COVID-19 (обзор зарубежной литературы) 185
- Гордова Л. Д., Гришина Н. К., Соловьёва Н. Б., Пахомова Е. В. Влияние новой коронавирусной инфекции на структуру детского травматизма 195

Здоровье и общество

- Ботнарчук М. В., Тимченко Т. Н. Российский фармацевтический рынок: основные тренды развития и ценообразования в современных условиях 198
- Комаров И. А., Красильникова Е. Ю., Александрова О. Ю., Зинченко Р. А. Промежуточные итоги передачи на федеральный уровень обязательств по лекарственному обеспечению пациентов с редкими болезнями в 2019—2020 гг. 207
- Груздева А. А., Хохлов А. Л., Ильин М. В. Состояние и современные векторы развития кардиологической помощи в условиях региона с низкой плотностью населения 211
- Согиайнен А. А., Щепин В. О., Чичерин Л. П. Изменения официальных требований к состоянию здоровья юношей призывного возраста с болезнями системы кровообращения в 1995—2021 гг. 217
- Берг А. В., Башарова Г. Р. Социально-экономические аспекты инвалидности вследствие болезней периферической нервной системы 221
- Погосян Г. Э., Гречко А. В., Пузин С. Н., Шургая М. А., Меметов С. С. Повторная инвалидность взрослого населения вследствие рака щитовидной железы 226
- Будаев Б. С., Кишул И. С., Банзарова Л. П., Тармаева И. Ю., Богданова О. Г. Болезни органов пищеварения: структура и динамика на региональном уровне 232
- Мадьянова В. В. Самооценка состояния здоровья лицами старше трудоспособного возраста 239
- Амлаев К. Р., Карабахцян Г. А. Городское планирование в интересах здоровья 244
- Садыков Р. М., Большакова Н. Л. Женское здоровье: состояние, причины ухудшения, меры по улучшению 247
- Лещенко Я. А., Лисовцов А. А. Продолжительность жизни населения Иркутской области 253
- Королев М. А. Мнение социальных работников о путях совершенствования медико-социальной помощи населению 259

Реформы здравоохранения

- Шляфер С. И. Хирургическая работа медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях в Российской Федерации 264
- Калининская А. А., Лазарев А. В., Алленов А. М., Мерекина М. Д., Кизеев М. В. Результаты и перспективы реформирования первичной медико-санитарной помощи в Москве 270
- Сквирская Г. П., Волнухин А. В., Резе А. Г. Государственный и частный секторы системы здравоохранения Российской Федерации: от конкурентной борьбы к интеграции и партнерству 275
- Ковалева И. П., Стрижак М. С., Заярная И. А. Совершенствование механизма участия частных клиник в системе обязательного медицинского страхования 281
- Гринин В. М., Аветисян А. Я., Решетников В. А. Критериальный способ оценки деятельности стоматологической поликлиники 288
- Лисичкин А. Л. Пути совершенствования организационных принципов оказания колопроктологической помощи пациентам с новообразованиями толстой кишки 292

Из опыта организатора здравоохранения

- Богущ Е. А., Двойников С. И. Инновационный подход к работе в специализированной медицинской организации ... 297

CONTENTS

COVID-19

- Mingazova E. N., Tliashinova I. A. The characteristics of reproductive demographic processes in economically developed countries in conditions of COVID-19 pandemic: international publications review 185
- Gordova L. D., Grishina N. K., Solovyova N. B., Pakhomova E. V. The effect of the new coronavirus infection on the structure of children traumatism 195

Health and Society

- Botnaryuk M. V., Timchenko T. N. The Russian pharmaceutical market: the main trends of development and pricing in modern conditions 198
- Komarov I. A., Krasilnikova E. Yu., Aleksandrova O. Yu., Zinchenko R. A. The intermediate outcomes of delegation of obligations of medicinal support of patients with rare diseases to the Federal level in 2019—2020 207
- Gruzdeva A. A., Khokhlov A. L., Ilyin M. V. The state and actual vectors of development of cardiologic care in conditions of region with low density of population 211
- Sogiyainen A. A., Shchepin V. O., Chicherin L. P. The changes of official requirements to health conditions of the male youths of military age with blood circulation diseases in 1995—2021 217
- Berg A. V., Basharova G. R. The social economic aspects of disability resulted from diseases of peripheral nervous system 221
- Pogosyan G. E., Grechko A. V., Puzin S. N., Shurgaya M. A., Memetov S. S. The repeated disability because of thyroid cancer in adult population 226
- Budaev B. S., Kitsul I. S., Banzarova L. P., Tarmaeva I. Yu., Bogdanova O. G. The diseases of digestive apparatus: the structure and dynamics at regional level 232
- Madyanova V. V. The self-evaluation of health by individuals older than able-bodied age 239
- Amlaev K. R., Karabakhtsyan G. A. The city planning for the benefit of health 244
- Sadykov R. M., Bolshakova N. L. The female health: status, causes of deterioration, measures of improvement 247
- Leshchenko Ya. A., Lisovtsov A. A. The life-span of population of the Irkutsk Oblast 253
- Korolev M. A. The opinions of social workers concerning means of development of medical social care of population 259

Health Care Reforms

- Shlyafser S. I. The surgical activity of medical organizations providing out-patient medical care in the Russian Federation 264
- Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Allenov A. M., Merekina M. D., Kizeev M. V. The results and perspectives of primary health care reforming in Moscow 270
- Skvirskaya G. P., Volnukhin A. V., Reze A. G. The state and private sector of health care system of the Russian Federation: From competition to integration and partnership 275
- Kovaleva I. P., Strizhak M. S., Zayarnaya I. A. The development of mechanism of participation of private clinics in the mandatory medical insurance system 281
- Grynin V. M., Avetisyan A. Ya., Reshetnikov V. A. The criterion mode of evaluating functioning of stomatologic polyclinic 288
- Lisichkin A. L. The ways of developing organizational principles of coloproctologic care of patients with large intestine neoplasms 292

From Practice of Health Care Professional

- Bogush E. A., Dvoynikov S. I. The innovative approach to work in specialized medical organization 297

Образование и кадры

- Макаров С. В., Гайдаров Г. М.* Оценка эффективности аккредитации выпускников медицинских вузов как меры, обеспечивающей повышение численности врачей первичного звена здравоохранения 301
- Фомин А. А.* Научно-исследовательская работа студентов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» 307
- Чуйков О. Е., Лагутин И. Б., Свечников В. А., Бабина А. С., Батюков В. В.* Волонтерство как одно из направлений деятельности медицинского вуза 312

За рубежом

- Калиев М. Т., Иманкулова А. С., Джумалиева Г. А., Азимжанова М. Н., Толбашиева Г. У., Наралиев У. Т.* Классификатор хирургических операций и манипуляций в системе финансирования медицинских услуг в Кыргызской Республике 318

История медицины

- Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Игнатъев В. Г.* Российская фармацевтическая отрасль в 1990-е годы. Сообщение 2. Оптика внешних наблюдателей 322
- Журавский С. Г., Гончарова С. Г., Поддубный М. В.* «Письма С. П. Боткина из Болгарии. 1877 г»: история публикации автографа 329
- Егорышева И. В., Чалова В. В.* Сергей Александрович Новосельский (1872—1953) 339

Education and Personnel

- Makarov S. V., Gaydarov G. M.* The evaluation of efficiency of accreditation of graduates of medical universities as a measure supporting increase of numbers of physicians in primary health care section
- Fomin A. A.* The research activity of students in “The public health and health care, health care economics” discipline
- Chuikov O. E., Lagutin I. B., Svechnikov V. A., Babina A. S., Batiukov V. V.* The volunteership as on of trends of medical university functioning

From Abroad

- Kaliev M. T., Imankulova A. S., Djumalieva G. A., Azimzhanova M. N., Tolbashieva G. U., Naraliev U. T.* The classifier of surgical operations and manipulations in system of medical services financing in the Kyrgyz Republic

History of Medicine

- Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A., Ignatiev V. G.* The Russian pharmaceutical industry in 1990s. Report II. The optics of external observers
- Zhuravskii S. G., Goncharova S. G., Poddubny M. V.* “The letters of S. P. Botkin from Bulgaria. 1877”: The history of publication of autograph
- Egorysheva I. V., Chalova V. V.* Sergej Aleksandrovich Novoselsky (1872—1953)

COVID-19

© МИНГАЗОВА Э. Н., ТЛИАШИНОВА И. А., 2022
УДК 614.2

Мингазова Э. Н.^{1,2,3}, Тлиашинова И. А.¹

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЭКОНОМИЧЕСКИ РАЗВИТЫХ СТРАНАХ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 (ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ)

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

²ФГБОУ ВО «Российский Национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, 117997, г. Москва;

³ФГБУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, г. Казань

Представлены современные тенденции репродуктивно-демографического процесса в зарубежных развитых странах. На сегодняшний день суммарный коэффициент рождаемости во всех европейских странах ниже минимального показателя, необходимого для обеспечения воспроизводства населения в долгосрочной перспективе: на одну женщину в течение жизни приходится 2,1 ребенка. Согласно статистике, в 2019 г. в европейских странах родилось 4,167 млн детей, что соответствует 9,3 рождения на 1 тыс. человек. В 2019 г. в этих странах на одну женщину пришлось 1,53 ребенка (1,54 в 2018 г.). Самые низкие суммарные коэффициенты рождаемости в 2019 г. были зарегистрированы на Мальте (1,14), в Испании (1,23), в Италии (1,27). В США отмечается снижение уровня бездетности среди женщин с высшим образованием, что ставит под сомнение устоявшееся наблюдение о наличии положительной взаимосвязи между образованием и бездетностью. Бесплодие затрагивает примерно 8–12% пар во всем мире, при этом в развитых странах бесплодны около 15% всех пар. В связи с проблемой сокращения рождаемости в развитых странах исследователи выделяют также проблемы увеличения среднего возраста матерей при родах (30–35 лет и старше), интервалов между родами, развития вспомогательных репродуктивных технологий, исходов беременности, здоровья новорожденных в краткосрочной и долгосрочной перспективе. Исследователи, отмечая вызванные глобальной пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19 дефицит ресурсов, сложности с предоставлением медицинских услуг в области репродуктивного здоровья, риски для материнских и перинатальных исходов у беременных женщин с COVID-19, полагают, что в настоящее время еще нет полной картины влияния пандемии на глобальные показатели репродуктивно-демографического процесса.

К л ю ч е в ы е с л о в а : рождаемость; бесплодие; низкая масса тела при рождении; вспомогательные репродуктивные технологии; COVID-19.

Для цитирования: Мингазова Э. Н., Тлиашинова И. А. Особенности репродуктивно-демографического процесса в экономически развитых странах в условиях пандемии COVID-19 (обзор зарубежной литературы). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):185–194. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-185-194>

Для корреспонденции: Мингазова Эльмира Нурисламовна, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

Mingazova E. N.^{1,2,3}, Tliashinova I. A.¹

THE CHARACTERISTICS OF REPRODUCTIVE DEMOGRAPHIC PROCESSES IN ECONOMICALLY DEVELOPED COUNTRIES IN CONDITIONS OF COVID-19 PANDEMIC: INTERNATIONAL PUBLICATIONS REVIEW

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

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “N. I. Pirogov Russian National Research Medical University” of Minzdrav of Russia, 117997, Moscow, Russia;

³The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Kazan State Medical University of Minzdrav of Russia, 420012, Kazan, Russia

The article presents current trends in reproductive demographic process economically developed countries. Today, the total fertility rate in all European countries is below the minimum required to ensure population reproduction in long term — 2.1 children per woman during her life. According statistic data, 4.167 million children were born in the EU in 2019 that corresponds to 9.3 births per 1000 of population. In the EU, 1.53 children went to one woman in 2019 (in 2018 — 1.54). The lowest total fertility rates in 2019 were registered in Malta (1.14), Spain (1.23) and Italy (1.27). In the United States, fall of rate of childless women with higher education disputes well-established observation of positive relationship between education and childlessness. The infertility affects approximately 8–12% of couples worldwide, at that in developed countries, up to 15% of all couples are infertile. In connection with the problem of birth rate reduction in developed countries, researchers highlight such problems as increasing of average age of mothers at delivery (30–35 years and older) and intervals between labors, development of subsidiary reproductive technologies, pregnancy outcomes, newborns health in short and long perspective. The global COVID-19 pandemic resulted in resources deficiency, complexities with medical services support related to reproductive health, risks for maternal and perinatal outcomes in pregnant women with COVID-19. However, actually still there is no complete picture of pandemic impact on global indices of reproductive demographic process.

Key words: fertility; infertility; low body weight of children at birth; subsidiary reproductive technologies; COVID-19.

For citation: Mingazova E. N., Tliashinova I. A. The characteristics of reproductive demographic processes in economically developed countries in conditions of COVID-19 pandemic: international publications review. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2022;30(2):185—194 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-185-194>

For correspondence: Mingazova E. 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 Minobrнаука of Russia. e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 05.07.2021

Accepted 26.10.2021

В XXI в. ожидается значительное увеличение населения мира, что во многом обусловлено увеличением числа людей, доживающих до репродуктивного возраста, а также такими факторами, как увеличение показателя рождаемости, растущая урбанизация и увеличение масштабов миграции. Согласно прогнозам, к 2030 г. население в мире достигнет 8,5 млрд, к 2050 г. — 9,7 млрд человек. Однако в 55 странах наблюдается противоположная тенденция — уменьшение населения. Так, к 2050 г. в 26 странах население сократится на 10%, а в таких странах Европы, как Болгария, Босния и Герцеговина, Венгрия, Латвия, Литва, Республика Молдова, Сербия, Украина, Хорватия, — более чем на 15%. Среди основных факторов, влияющих на рост населения, называют уровень рождаемости. На сегодняшний день суммарный коэффициент рождаемости (СКР) во всех европейских странах ниже минимального показателя, необходимого для обеспечения воспроизводства населения в долгосрочной перспективе, т. е. на одну женщину в течение жизни приходится рождение 2,1 ребенка. При этом в некоторых странах уровень рождаемости находится ниже этой отметки на протяжении уже нескольких десятилетий [1, 2].

В последние десятилетия отмечается замедление роста населения Евросоюза (ЕС). Согласно статистике, в 2019 г. в ЕС родились 4,167 млн детей, что соответствует 9,3 рождения на 1 тыс. человек. В 2019 г. в ЕС на одну женщину пришлось 1,53 ребенка (против 1,54 в 2018 г.). Франция сообщила о самом высоком суммарном коэффициенте рождаемости в 2019 г. (1,86 рождения на женщину), Румыния — 1,77, Ирландия, Швеция и Чехия — 1,71 рождения на женщину. Самые низкие суммарные коэффициенты рождаемости в 2019 г. были зарегистрированы на Мальте (1,14), в Испании (1,23), Италии (1,27), Греции и Люксембурге (1,34) и на Кипре (1,33) [3].

С учетом очевидной зависимости роста населения от СКР исследователи обращают особое внимание на роль таких факторов, влияющих на рождаемость, как образовательный уровень (среднее количество лет в школе для женщин), экономика (валовой внутренний продукт — ВВП — на душу населения), религиозность, показатели использования противозачаточных средств и эффективность программ планирования семьи. Анализ взаимосвязей между СКР и указанными факторами в 141 стране показал отрицательную корреляцию СКР с образо-

ванием, показателями использования противозачаточных средств и ВВП на душу населения, однако выявил положительную связь с религиозностью. В Европе СКР увеличивается с образованием и уменьшается с религиозностью; также обнаружено, что в целом образование положительно коррелирует с ВВП на душу населения [1].

Разрыв в показателях бездетности между женщинами с высшим образованием и без такового в странах с низкой рождаемостью часто фиксируется в исследованиях. Однако в США отмечается снижение уровня бездетности среди женщин с высшим образованием, что ставит под сомнение устоявшееся наблюдение о наличии положительной взаимосвязи между образованием и бездетностью. Анализ тенденции постоянной бездетности по уровням образования в 1976—2018 гг. и различий в распространенности бездетности в образовательных подгруппах выявил, что в США показатели бездетности среди женщин с высшим образованием в возрасте 40—44 лет являются самыми низкими за последние три десятилетия. Снижение показателей бездетности и сближение их среди женщин со средним и высшим образованием наблюдаются для всех трех крупнейших расовых/этнических подгрупп американских женщин: белых неиспаноязычных, чернокожих неиспаноязычных и испаноязычных женщин. Это исследование свидетельствует о сближении показателей бездетности в подгруппах женщин с разным уровнем образования [4].

Исследователи обращают особое внимание на проблему распространения бесплодия в развитых странах как фактор сокращения рождаемости [5—7]. По оценкам, бесплодие затрагивает примерно 8—12% пар во всем мире [6], при этом в развитых странах бесплодны до 15% всех пар [5]. Так, в Великобритании бесплодие затрагивает примерно 1 из 7 гетеросексуальных пар, желающих зачать ребенка [8]. В Германии в 2014 г. около 53 тыс. немецких женщин прибегли к вспомогательным репродуктивным технологиям, согласно данным первого крупного проспективного когортного исследования [5].

Обычно бесплодие связывают с возрастом женщины и наличием у нее заболеваний, влияющих на фертильность [9]. При этом мужское бесплодие является причиной бездетности примерно у 50% пар. Причины бесплодия у мужчин могут быть связаны с врожденными, приобретенными или идиопатическими факторами, нарушающими сперматогенез [6].

COVID-19

Риск первичного бесплодия у мужчин может быть связан с различными заболеваниями, например с предиабетом. Так, анализ данных 744 бесплодных мужчин показал, что около 15% из них имели критерии, позволяющие предположить недиагностированный предиабет. Было показано, что более старший возраст, значения фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и статус идиопатической необструктивной азооспермии, индекс фрагментации ДНК сперматозоидов можно рассматривать как параметры для распознавания предиабета у мужчин, что может быть связано с бесплодием [7]. При очевидных гендерных различиях в подходах к проблеме бесплодия исследователи отмечают ассоциацию бесплодия с эмоциональными проблемами, затрагивающими оба пола [10—13].

Для европейских стран характерно не только сокращение среднего числа детей, рожденных одной женщиной, но и увеличение среднего возраста матери при родах. С 2001 г. там отмечается рост рождаемости среди женщин старше 30 лет на фоне устойчивого снижения коэффициента рождаемости среди женщин до 30 лет. Если в 2001 г. больше всего родов было среди женщин 25—29 лет, то в 2019 г. чаще стали рожать женщины 30—35 лет и старше. В ЕС в 2019 г. средний возраст женщин при рождении первого ребенка составил 29,4 года. Самый низкий средний возраст при рождении первого ребенка наблюдался в Болгарии (26,3 года) и Румынии (26,9 года), самые высокие значения наблюдались в Италии (31,3 года), в Испании и Люксембурге (31,1 года). По показателям коэффициента рождаемости выделяются четыре основные группы государств — членов ЕС. В первую группу входят Дания, Германия, Ирландия, Нидерланды, Швеция и Норвегия, где СКР и средний возраст женщин при рождении первого ребенка были выше среднего показателя по ЕС. Вторая группа включает в себя Хорватию, Мальту, Польшу, Северную Македонию и Сербию, в которых СКР и средний возраст женщин при рождении первого ребенка были ниже средних показателей по ЕС. Третья группа включает Грецию, Испанию, Италию, Кипр, Люксембург, Австрию, Португалию и Швейцарию, где зарегистрирован более высокий возраст женщин при рождении первого ребенка, но более низкий общий коэффициент фертильности, чем в среднем по ЕС. В последнюю группу входят Бельгия, Болгария, Чехия, Эстония, Франция, Латвия, Литва, Венгрия, Румыния, Словения и Словакия, а также Исландия и Турция, в которых СКР выше, но средний возраст женщин при рождении первого ребенка ниже, чем в среднем по ЕС. В Финляндии средний возраст женщин при рождении первого ребенка равен таковому в среднем по ЕС, а СКР ниже среднего по Европе [3].

Интересен тот факт, что женщины-иммигранты в европейских странах также вносят свой вклад в рост рождаемости среди матерей старшего возраста. Так, в Дании роженицы родом из Сомали, Германии, Швеции, Таиланда и Ирана имели наибольшее

количество рождений в возрастной группе старше 35 лет [14].

В Японии также отмечен рост среднего возраста матери при первых родах. Японскими исследователями поднимается такой характерный для этой страны вопрос, как влияние будущего бремени стареющих родителей на бесплодие пар. В работе показано, что среди пар послевоенной когорты вероятность бездетности увеличивается по мере необходимости заботиться о пожилых родителях. Анализ показывает, что возраст, в котором женщина выходит замуж, оказывает статистически значимое влияние на решение о том, иметь или не иметь детей. В случае, когда пара решает иметь детей, возраст, когда они станут родителями, также в большинстве случаев статистически значим. Бремя заботы о родителях имеет значительное отрицательное влияние на ожидаемое количество детей [15, 16].

В развитых странах в связи с такими актуальными вопросами рождаемости, как бесплодие, более старший возраст матерей, развитие вспомогательных репродуктивных технологий, особый интерес представляют вопросы исходов беременности [17, 18]. Ввиду увеличения возраста первородящих женщин в развитых странах исследователи обращаются к вопросам рисков для здоровья детей, связанных с возрастом матери [19—21].

Анализ данных из историй болезни во время первого дородового приема европейских женщин показал, что женщины старше 35 лет имели более высокий процент лечения бесплодия и выкидышей в анамнезе по сравнению с другими женщинами. При этом в данной когорте были более низкие показатели ожирения, курения и употребления запрещенных наркотиков во время беременности [21].

Оценка абсолютных рисков акушерских исходов (многоплодная беременность, кесарево сечение, ранние и поздние преждевременные роды, маленький младенец для гестационного возраста, мертворождение, неонатальная смертность, постнеонатальная младенческая смертность) в США в зависимости от возраста матерей ($n=16\ 514\ 849$) от 15 до 45 лет при первых родах показала рост риска негативных исходов для женщин старше 30 лет. Рост рисков в более старшем возрасте был характерен для чернокожих женщин и женщин американских индейцев / коренных жителей Аляски, для которых поддержка деторождения была наименее распространенной [20].

В Японии также наблюдается рост рисков для здоровья ребенка в связи с возрастом матери. Так, анализ 38 412 случаев первородящих одноплодных беременностей показал, что возраст матери >30 лет при первых родах был независимым фактором риска преждевременных родов (до 37 и 34 нед), низкой массы тела при рождении (<2500 г и <1500 г) и маленького для гестационного возраста младенца [19].

Как показали исследования корейских ученых, наблюдавших 2 161 908 рожениц, 49,4% на момент родов были в возрасте 30—34 лет. Было показано,

что возраст матери старше 40 лет был связан с относительно более высоким риском для младенца, вплоть до ранней неонатальной смерти [22]. Исследователи обращают особое внимание и на связи между возрастом отцов при первых родах, заболеваемостью и смертностью детей. Показано, что мужчины, у которых первый ребенок родился в 35—45 лет, имели более низкие показатели заболеваемости и смертности в связи с потреблением алкоголя, чем мужчины, чей первый ребенок родился, когда им было 25—29 лет. Мужчины, у которых в возрасте до 20 лет родился первый ребенок, имели самые высокие показатели заболеваемости и смертности в связи с алкоголем среди всех возрастных групп отцов. При этом обнаружено, что связь между возрастом мужчин при рождении первого ребенка и связанной с алкоголем заболеваемостью и смертностью не зависит от семейных характеристик [23].

Исследователи отмечают рост неблагоприятных неонатальных исходов среди недоношенных одиноких детей, рожденных после лечения бесплодия, включая гиперовуляцию и искусственное оплодотворение. Это может быть связано с высокими показателями множественных и преждевременных родов после лечения бесплодия. Частота малых для гестационного возраста младенцев была значительно выше после гиперовуляции матери и искусственного оплодотворения по сравнению с другими младенцами. Частота врожденных дефектов была значительно выше у детей женщин, получивших лечение при помощи репродуктивных технологий, риск некротического энтероколита увеличился на 43%, риск серьезного хирургического вмешательства увеличился на 71% [17].

Исследования показали, что в 2015—2019 гг. доля преждевременных родов в США выросла с 9,6 до 10,2% в основном за счет роста количества преждевременных родов среди афроамериканок на 13,8%, американских индейцев и коренных жителей Аляски на 11,6% по сравнению с женщинами других этнических групп. Дети гестационного возраста (до 37 нед) более подвержены инфекциям и респираторным заболеваниям, могут иметь нарушения развития и разные девиации по сравнению с доношенными детьми [24].

Отмечен рост в развитых странах частоты кесарева сечения. Анализ данных дородового приема европейских женщин показал, что среди женщин, выбравших частный медицинский уход, общий уровень кесарева сечения был выше по сравнению с женщинами, выбравшими медицинские государственные организации и соответствующее социальное финансирование (42,7% против 25,3%). Выявлено, что рост частоты кесарева сечения был связан с увеличением количества плановых, а не неотложных медицинских услуг. Обнаружено, что при вторых родах 89,7% женщин выбрали кесарево сечение повторно. Авторы полагают, что женщины, которые могут позволить себе медицинскую страховку, выбирают более качественное наблюдение, даже

при отсутствии риска они хотят иметь возможность выбора кесарева сечения [25].

По данным Всемирной организации здравоохранения, курение отмечается как один из наиболее важных факторов риска неблагоприятных исходов беременности в промышленно развитых странах. Определено, что уровень преждевременных родов прямо пропорционален потреблению женщинами никотина. Так, среди 220 339 одноплодных беременностей выборки частота преждевременных родов составляла 6,8% среди некурящих и 13,2% среди заядлых курильщиц (≥ 22 сигарет в день). Количество выкуренных сигарет ≥ 22 в день оказало заметное влияние на преждевременные роды (<28 нед и 28—31-я неделя беременности). В целом количество преждевременных родов увеличилось на 1,2% среди заядлых курильщиц. Отмечается, что пол плода также влиял на преждевременные роды: младенцы мужского пола преобладали почти во всех группах женщин, родивших недоношенных детей, что позволяет сделать вывод о том, что курение во время беременности и мужской пол плода являются факторами риска преждевременных родов [18].

Ввиду роста в развитых странах показателей низкой массы тела при рождении особый интерес исследователей вызывает проблема последствий такой массы на здоровье детей в будущем [26—29]. Анализ тенденций низкой массы тела при рождении в странах Организации экономического сотрудничества и развития в 2000—2015 гг. обнаружил взаимосвязь показателей массы тела при рождении с демографическими и экономическими переменными, привычками в отношении здоровья, профилактическими мерами в области женского здоровья, организацией и финансированием системы здравоохранения, персоналом здравоохранения и акушерской помощью. Было установлено, что показатели низкой массы тела при рождении были выше в Южной Европе (7,61%) и ниже в Северной Европе (4,68%). При этом наблюдался рост показателей низкой массы тела при рождении примерно на 20% в Южной Европе, в меньшей степени в Восточной Европе (7%) и странах Азии/Океании, в то время как в США, Центральной Европе и Северной Европе показатели оставались стабильными. Факторами, связанными с более низкими показателями массы тела при рождении, были уровень охвата медицинским обслуживанием и системой общественного здравоохранения, количество больниц на 1 млн жителей и соотношение работников здравоохранения, врачей, акушерок и медсестер. В целом в странах Организации экономического сотрудничества и развития показатели низкой массы тела при рождении связаны с фактором ВВП на душу населения, который обратно пропорционален уровню низкой массы тела при рождении. Факторы системы здравоохранения, включая охват медицинским обслуживанием или инвестиции в систему общественного здравоохранения, напрямую связаны с более низкими показателями массы тела при рождении [28].

COVID-19

Известно, что низкая масса тела при рождении может влиять на развитие и задержку роста у детей в возрасте 6—24 мес [27]. Анализ данных недоношенных новорожденных с массой тела при рождении ≤ 500 г и гестационным возрастом > 22 нед показал, что у 50% детей было легкое нарушение умственного развития, у 25% — нарушения двигательной функции, у 65% — неврологические нарушения. Выживаемость составила 37% для всех живорожденных и 42% для младенцев, получавших стандартную помощь [26].

Многофакторный анализ ассоциации между ростом и индексом массы тела (ИМТ) отца и массой тела при рождении потомства в общей популяции Японии (выборка из 33 448 беременных женщин) показал, что рост отца был связан с массой тела при рождении потомства и имел более сильное влияние, чем ИМТ отца, что говорит о возможном влиянии генетических факторов. Зависящее от пола влияние отцовского ИМТ на массу тела ребенка при рождении может быть связано с эпигенетическими эффектами [29]. Исследование влияния ИМТ отца на исходы новорожденных у одиночных детей ($n=7908$), рожденных после циклов переноса замороженных-размороженных эмбрионов, показало влияние ИМТ отца на массу тела при рождении одиночных детей. Избыточная масса тела и ожирение у отца были независимыми факторами риска рождения больших для гестационного возраста детей после циклов переноса замороженных-размороженных эмбрионов. При этом избыточная масса тела отца была независимым фактором риска для отцовства с макросомией или рождения младенцев, очень больших для гестационного возраста [30].

Когортное исследование новорожденных ($n = 82\,171$) с одноплодной беременностью после 22 нед определило связь между продолжительностью сна матери и рождением младенцев с низкой (< 2500 г) и очень низкой (< 1500 г) массой тела, а также малых для гестационного возраста детей и детей с макросомией (> 4000 г). Было показано, что продолжительность сна матери 9,0—9,9 ч была значимо связана с уменьшением числа новорожденных с низкой массой тела при рождении и маленьких для гестационного возраста младенцев по сравнению с теми, кто спал в течение 6,0—7,9 ч. Результаты исследования говорят о необходимости обеспечения беременным достаточной продолжительности сна для рождения здорового потомства [31].

В связи с развитием и распространением вспомогательных репродуктивных технологий поднимаются вопросы здоровья и развития детей, зачатых с помощью таких методик [32, 33]. Обзор данных о краткосрочных и долгосрочных последствиях для здоровья вспомогательных репродуктивных технологий показал, что многоплодная беременность увеличивает риск для здоровья, но одиночные плоды также подвержены повышенному риску неблагоприятных акушерских и перинатальных исходов, повышенному риску врожденных дефектов, рака, нарушений роста и развития, а также предрасполо-

женности к повышенному риску хронических заболеваний, связанных со старением (ожирение, диабет 2-го типа и сердечно-сосудистые заболевания), по сравнению с одиночными детьми, зачатыми естественным образом. Поскольку генетические и другие характеристики родителей не могут быть изменены, необходимы дальнейшие тщательные исследования для определения оптимальных процедур вспомогательных репродуктивных технологий [32].

Исследование рисков долгосрочных офтальмологических осложнений для детей ($n = 243\,682$), рожденных с использованием технологий вспомогательной репродукции, показало, что потомство, рожденное от матерей, прошедших курс лечения бесплодия, значительно чаще госпитализировалось с офтальмологической заболеваемостью по сравнению со спонтанно зачатым потомством (1,2% против 1,0%). При этом была обнаружена значительно более высокая частота офтальмологической заболеваемости после применения вспомогательных репродуктивных технологий. Анализ данных с учетом возраста матери, преждевременных родов, гипертензивных расстройств у матери, диабета и способа родоразрешения продемонстрировал, что применение вспомогательных репродуктивных технологий является независимым фактором риска долговременной детской офтальмологической заболеваемости [33].

В исследованиях определяется связь показателей рождаемости в разных странах с такими факторами, как распространенность бесплодия, частота использования вспомогательных репродуктивных технологий, средний возраст рожениц старше 35 лет, экономический статус женщин [3, 14, 21, 34, 35, 36]. Анализ данных из историй болезни европейских женщин, оформленных со времени первого дородового приема, показал, что женщины, экономический статус которых позволял им посещать частные консультации, были старше и имели более высокий процент лечения бесплодия и выкидышей в анамнезе по сравнению с женщинами, получающими государственное финансирование ($p < 0,001$) [25]. Например, в Великобритании женщины из этнических меньшинств сталкиваются со значительными трудностями при поиске вариантов лечения бесплодия по сравнению со своими белыми сверстницами. Данные из США показывают, что чернокожие женщины реже обращаются за лечением от бесплодия, чем белые женщины, несмотря на то что вероятность бесплодия у них примерно в два раза выше [37].

Известно, что в Европе растет количество детей, родившихся от матерей из семей иммигрантов, которые чаще всего имеют более низкий социально-экономический достаток. Так, более 65% детей, родившихся в Люксембурге в 2019 г., были от матерей иностранного происхождения. В 2019 г. на Кипре, в Австрии и Бельгии около $1/3$ детей родились от матерей иностранного происхождения. По сравнению с 2013 г. в большинстве стран ЕС в 2019 г. наблюдался рост числа новорожденных, родившихся от мате-

рей иностранного происхождения. На Мальте зафиксирован самый высокий рост живорождений от матерей иностранного происхождения (с 11% в 2013 г. до 30% в 2019 г.), за ней следуют Греция (с 14 до 21%), Испания (с 22 до 28%) и Швеция (с 26% в 2013 г. до 31% в 2019 г.) [3].

При этом отмечается, что в европейских странах неблагоприятные исходы родов чаще бывают у женщин из иммигрантских семей. Так, женщины сирийского и турецкого происхождения имеют наибольшее количество родов в самой молодой возрастной группе. Средняя масса тела при рождении была самой низкой у младенцев, рожденных женщинами из Пакистана и Вьетнама. При этом самый низкий уровень образования у матерей и низкие семейные доходы наблюдались у иммигранток из Турции, Ирака, Ливана, Сомали, Сирии и Афганистана, что отчасти объясняет наблюдаемое неравенство при рождении ребенка [34].

Анализ рисков рождения маленьких для гестационного возраста младенцев ($n = 65\,909$) с учетом социально-экономического состояния, уровня образования и занятости матерей в возрасте ≥ 18 лет показал ассоциации с социально-экономическим статусом матери. Безработные матери, получившие образование ниже уровня средней школы и/или живущие с безработными партнерами, имели риск родить маленьких для своего гестационного возраста детей. При этом у матерей-одиночек не было обнаружено более высокого риска родить маленьких для своего гестационного возраста детей по сравнению с матерями, имевшими партнеров. Установлено, что обратная связь между уровнем образования матери и риском рождения малого для гестационного возраста ребенка была сильнее у повторнородящих женщин. Среди безработных матерей, особенно повторнородящих, была обнаружена прямая ассоциация между их статусом и риском рождения такого младенца. Исследователи подчеркивают, что профилактические меры по снижению риска рождения маленьких для своего гестационного возраста детей должны быть нацелены в первую очередь на социально неблагоприятных женщин [35].

Около половины (45,8%) детей, родившихся в ЕС в 2019 г., были первенцами. В Румынии, Мальте, Люксембурге, Португалии и Болгарии первенцы составляют больше половины новорожденных. Самые низкие доли первенцев были зарегистрированы в Ирландии и Эстонии (по 38,8%), в Латвии (39%). В ЕС 35,7% всех живорождений в 2019 г. приходилось на детей, рожденных вторыми, 12,6% — на детей, рожденных третьими, а 5,9% — на детей, рожденных четвертыми или последующими. В целом почти $\frac{1}{5}$ детей, родившихся в ЕС в 2019 г., родились третьими или последующими детьми. Среди государств — членов ЕС доля детей, рожденных четвертыми или пятыми, составила в Финляндии 10,3%, в Ирландии 9%, в Бельгии 8,1%. В Турции дети, которые родились четвертыми или пятыми в семье, составили 12,7% [3].

Интервалы между родами, особенно короче 36 мес, имеют большое значение для перинатальных исходов, значимость интервалов между родами обратно пропорциональна уровню образования матери. Так, ретроспективное когортное исследование шведских детей ($n = 83\,147$) в возрасте 3 лет показало связь очередности рождения детей с развитием у них кариеса. В возрасте 3 лет у 94% не было пломб или явных кариесных поражений. За период исследования у 22,5% ($n = 14\,711$) развился кариес зубов. Была обнаружена статистически значимая положительная связь между очередностью рождения и развитием кариеса, притом избыточный риск возрастает с увеличением очередности рождения. Анализ данных шведского регистра населения с целью изучения взаимосвязей интервалов между родами матери и последствий для здоровья детей в зрелом возрасте показал незначительное влияние интервалов между родами на долгосрочные результаты здоровья. В моделях, которые не учитывают семейное происхождение, было обнаружено, что короткие и длинные интервалы между родами четко связаны с показателями роста, физической подготовки, избыточной массы тела или ожирения и смертности. С учетом корректировки семейного происхождения и показателей братьев и сестер было показано, что интервалы между рождениями, как правило, не связаны с долгосрочным здоровьем, хотя было обнаружено, что мужчины, родившиеся после очень длительных интервалов между родами, имеют более высокую вероятность избыточной массы тела или ожирения в подростковом возрасте [38—40].

Пандемия COVID-19 привела к определенным, объективно объяснимым перегрузкам в системах здравоохранения, к сбоям в работе служб здравоохранения разных стран. По причине нехватки ресурсов и страха заболеть COVID-19 во многих странах отмечают сложности с предоставлением медицинских услуг матерям и детям, включая медицинские осмотры, плановую вакцинацию, дородовой и послеродовой уход [41—43].

Однако надо подчеркнуть, что пандемия COVID-19 началась в то время, когда Европа уже переживала период глубоких демографических и социальных изменений [3].

Метаанализ 192 когортных исследований частоты, клинических проявлений, факторов риска, а также материнских и перинатальных исходов у беременных женщин с подозрением или подтвержденным диагнозом COVID-19 показал повышенный риск исходов беременности. Было обнаружено, что беременные женщины с COVID-19, госпитализированные в больницы, с большей вероятностью будут попадать в отделение интенсивной терапии или нуждаться в инвазивной вентиляции легких, чем небеременные женщины репродуктивного возраста. Существующие ранее сопутствующие заболевания, включая хроническую гипертензию и диабет, а также «небелое» этническое происхождение, старший возраст при родах и высокий ИМТ являются факторами риска тяжелой формы COVID-19 во время бе-

COVID-19

ременности. У беременных с COVID-19 чаще бывают преждевременные роды, наблюдается повышенный риск попадания в отделение интенсивной терапии и смерти. У детей рожениц с COVID-19 высок риск попадания в неонатальное отделение [44].

В настоящее время нет полной картины влияния COVID-19 на репродуктивное здоровье и показатели рождаемости в целом. Существуют сведения, что в условиях пандемии COVID-19 отмечается глобальный всплеск семейно-бытового насилия, сокращение или прекращение оказания услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья, что повлекло за собой увеличение числа нежелательных беременностей и связанных с беременностью осложнений и смертей. Сбои, связанные с пандемией, могут в следующем десятилетии затормозить достижение прогресса в деле искоренения гендерного насилия и калечащих операций на женских половых органах [45]. Работа женщин, зачастую низкооплачиваемая и относящаяся в основном к неформальному сектору и сектору услуг, в наибольшей степени пострадала от пандемии. Женщины чаще сталкиваются с нарушениями их репродуктивных прав и физической неприкосновенности. Независимо от всплеска или падения рождаемости в краткосрочной и долгосрочной перспективе необходима поддержка при принятии решения о рождении ребенка, что предполагает оказание качественного медицинского обслуживания, в том числе охраны репродуктивного здоровья.

Заключение

Рост численности населения мира обусловлен развитием экономики, науки и технологий, высоким уровнем урбанизации и масштабов миграции, что приводит к увеличению числа людей, доживающих до репродуктивного возраста. Однако в развитых странах, в частности в Европе, в последние десятилетия наблюдается замедление роста численности населения в связи со снижением уровня рождаемости, ростом образовательного уровня, развитием экономики, высоким уровнем использования противозачаточных средств и влиянием программ планирования семьи. Исследователи обращают особое внимание на проблему распространения бесплодия в развитых странах. Бесплодие связывают с возрастом женщины и мужчины, когда они решают завести детей, и наличием у них к этому времени заболеваний, влияющих на фертильность.

В связи с проблемой сокращения рождаемости в развитых странах исследователи выделяют проблемы не только роста частоты бесплодия, но и проблемы увеличения среднего возраста матерей при родах (30—35 лет и старше), интервалов между родами, развития вспомогательных репродуктивных технологий, исходов беременности, здоровья новорожденных в краткосрочной и долгосрочной перспективе, в том числе низкой массы тела при рождении. Исследователями ставится вопрос о рисках неблагоприятных акушерских и перинатальных исхо-

дов, врожденных дефектов, нарушений роста и развития, хронических заболеваний при применении вспомогательных репродуктивных технологий. Внимание исследователей привлекает проблема связи показателей рождаемости с социально-экономическим статусом женщин. Показано, что неблагоприятные исходы родов, риск рождения малого для своего гестационного возраста младенца чаще бывают у женщин из уязвимых групп: из иммигрантских семей, этнических меньшинств, при низком социально-экономическом и образовательном статусе. Исследователи, отмечая вызванные глобальной пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19 дефицит ресурсов, сложности с предоставлением медицинских услуг в области репродуктивного здоровья, риски для материнских и перинатальных исходов у беременных женщин с COVID-19, полагают, что в настоящее время еще нет полной картины влияния пандемии на глобальные показатели репродуктивно-демографического процесса.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Götmark F, Andersson M. Human fertility in relation to education, economy, religion, contraception, and family planning programs. *BMC Public Health*. 2020 Feb 22;20(1):265. doi: 10.1186/s12889-020-8331-7
2. Peace, dignity and equality on a healthy planet. Population. United Nations. 2021. Режим доступа: <https://www.un.org/ru/global-issues/population>
3. Fertility statistics. Eurostat statistics explained. 2021. Режим доступа: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics#The_birth_rate_in_the_EU_decreased_at_a_slower_pace_between_2000_and_2019_than_before
4. Rybińska A. A Research Note on the Convergence of Childlessness Rates Between Women with Secondary and Tertiary Education in the United States. *Eur. J. Popul.* 2020;36:827—39. doi: 10.1007/s10680-019-09550-z
5. Münster E., Letzel S., Passet-Wittig J. Who is the gate keeper for treatment in a fertility clinic in Germany? — baseline results of a prospective cohort study (PinK study). *BMC Pregn. Childbirth*. 2018 Mar 5;18(1):62. doi: 10.1186/s12884-018-1690-8
6. Agarwal A., Baskaran S., Parekh N., Cho C.-L., Henkel R., Vij S. Male infertility. *Lancet*. 2021;397:319—33. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32667-2
7. Boeri L., Capogrosso P., Ventimiglia E., Pederzoli F., Frego N., Cazzaniga W., Chierigo F., Alfano M., Piemonti L., Viganò P., Pontillo M., Montanari E., Montorsi F., Salonia A. Undiagnosed prediabetes is highly prevalent in primary infertile men — results from a cross-sectional study. *BJU Int*. 2019;123:1070—7. doi: 10.1111/bju.14558
8. Ekechi C. Addressing inequality in fertility treatment. *Lancet*. 2021;398:645—6. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01743—8
9. Simionescu G., Doroftei B., Maftei R., Obreja B.-E., Anton E., Grab D., Ilea C., Anton C. The complex relationship between infertility and psychological distress (Review). *Exp. Ther. Med.* 2021 Apr;21(4):306. doi: 10.3892/etm.2021.9737
10. Salarian N., Hamzehgardeshi Z., Shahhosseini Z. A review of effective interventions to improve emotional risk factors of anxiety, stress, depression in infertile and infertile patients undergoing treatment with assisted reproductive techniques. *Eur. Psychiatry*. 2021;64:730-S. doi: 10.1192/j.eurpsy.1933
11. Szkodziak F., Krzyżanowski J., Szkodziak P. Psychological aspects of infertility. A systematic review. *J. Int. Med. Res.* 2020 Jun;48(6):300060520932403. doi: 10.1177/0300060520932403
12. Coughlan C., Walters S., Ledger W., Li T. C. A comparison of psychological stress among women with and without reproductive failure. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2014;124:143—7. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.08.006

13. Ma F, Feng Y. The Roles of Stress-Induced Immune Response in Female Reproduction. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2021;1300:161–79. doi: 10.1007/978-981-33-4187-6_8
14. Rasmussen T. D., Villadsen S. F., Andersen P. K. Social and ethnic disparities in stillbirth and infant death in Denmark, 2005–2016. *Sci. Rep.* 2021 Apr 12;11(1):8001. doi: 10.1038/s41598-021-87084-3
15. Kyoizuka H., Fujimori K., Hosoya M., Yasumura S., Yokoyama T., Sato A., Hashimoto K. The Effect of Maternal Age at the First Childbirth on Gestational Age and Birth Weight: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *J. Epidemiol.* 2019;29:187–91. doi: 10.2188/jea.JE20170283
16. Sakata K., McKenzie C. Does the expectation of having to look after parents in the future affect current fertility? *J. Demogr. Econ.* Pub. online 02 March 2021. P. 1–29. doi: 10.1017/dem.2020.35
17. Wang A. Y., Chughtai A. A., Lui K. Morbidity and mortality among very preterm singletons following fertility treatment in Australia and New Zealand, a population; Infant and maternal mortality in the USA. *Lancet Child Adolesc. Health.* 2021;5(1):1. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30369-2
18. Günther V., Alkatout I., Stein A., Maass N., Strauss A., Voig M. Impact of smoking and fetal gender on preterm delivery. *J. Devel. Orig. Health Dis.* 2021;12:632–7. doi: 10.1017/S2040174420000999
19. Kyoizuka H., Fujimori K., Hosoya M., Yasumura S., Yokoyama T., Sato A., Hashimoto K. The Effect of Maternal Age at the First Childbirth on Gestational Age and Birth Weight: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *J. Epidemiol.* 2019;29:187–91. doi: 10.2188/jea.JE20170283
20. Schummers L., Hacker M. R., Williams P. L., Hutcheon J. A., Vanderweele T. J., McElrath T. F., Hernandez-Diaz S. Variation in relationships between maternal age at first birth and pregnancy outcomes by maternal race: a population-based cohort study in the United States. *BMJ Open.* 2019 Dec 15;9(12):e033697. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033697
21. Turner M. J., Reynolds C. M. E., McMahon L. E. Caesarean section rates in women in the Republic of Ireland who chose to attend their obstetrician privately: a retrospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 Sep 21;20(1):548. doi: 10.1186/s12884-020-03199-x
22. Kim Y.-N., Choi D.-W., Kim D.-S. Maternal age and risk of early neonatal mortality: a national cohort study. *Sci. Rep.* 2021 Jan 12;11(1):814. doi: 10.1038/s41598-021-80968-4
23. Einiö E., Hiltunen E., Martikainen P., Korhonen K. Men's age at first birth and alcohol-related morbidity and mortality among siblings. *Drug Alcohol Depend.* 2020 Apr 1;209:107942. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.107942
24. Infant and maternal mortality in the USA. *Lancet Child Adolesc. Health.* 2021;5(1):1. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30369-2
25. Turner M. J., Reynolds C. M. E., McMahon L. E. Caesarean section rates in women in the Republic of Ireland who chose to attend their obstetrician privately: a retrospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 Sep 21;20(1):548. doi: 10.1186/s12884-020-03199-x
26. Goerl K., Fuiko R., Binder J., Lindtner C., Jernej R. Considerable mortality and morbidity in neonates born below 500 gram. *Acta Paediatrica.* 2021 Aug;110(8):2359–65. doi: 10.1111/apa.15885
27. Berhe K., Seid O., Gebremariam Y., Berhe A., Etsay N. Risk factors of stunting (chronic undernutrition) of children aged 6 to 24 months in Mekelle City, Tigray Region, North Ethiopia: An unmatched case-control study. *PLoS One.* 2019 Jun 10;14(6):e0217736. doi: 10.1371/journal.pone.0217736
28. Erasun D., Alonso-Molero J., Gómez-Acebo I. Low birth weight trends in Organisation for Economic Co-operation and Development countries, 2000–2015: economic, health system and demographic conditionings. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 Jan 6;21(1):13. doi: 10.1186/s12884-020-03484-9
29. Takagi K., Iwama N., Metoki H., Uchikura Y., Matsubara Y., Matsubara K., Nishigori H., Saito M., Fujiwara I., Sakurai K., Kuriyama S., Arima T., Nakai K., Yaegashi N., Sugiyama T. Paternal height has an impact on birth weight of their offspring in a Japanese population: The Japan Environment and Children's Study. *J. Dev. Orig. Health Dis.* 2019;10:542–54. doi: 10.1017/S2040174418001162
30. Ma M., Zhang W., Zhang J., Liang Z., Kuang Y., Wang Y. Effect of paternal body mass index on neonatal outcomes of singletons after frozen-thawed embryo transfer cycles: analysis of 7,908 singleton newborns. *Fertil. Steril.* 2020;113:1215–23.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.02.100
31. Murata T., Kyoizuka H., Fukuda T., Yasuda S., Yamaguchi A., Morokuma S., Sato A., Ogata Y., Shinoki K., Hosoya M., Yasumura S., Hashimoto K., Nishigori H., Fujimori K. Maternal sleep duration and neonatal birth weight: the Japan Environment and Children's Study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 Apr 12;21(1):295. doi: 10.1186/s12884-021-03670-3
32. Chen M., Heilbronn L. The health outcomes of human offspring conceived by assisted reproductive technologies (ART). *J. Development. Orig. Health Dis.* 2017;8:388–402. doi: 10.1017/S2040174417000228
33. Tsumi E., Lavy Y., Sheiner E., Barrett C., Harlev A., Hagbi Bal M., Wainstock T. Assisted reproductive technology and long-term ophthalmic morbidity of the offspring. *J. Development. Orig. Health Dis.* 2021;12:627–31. doi: 10.1017/S2040174420000938
34. Rasmussen T. D., Villadsen S. F., Andersen P. K. Social and ethnic disparities in stillbirth and infant death in Denmark, 2005–2016. *Sci. Rep.* 2021 Apr 12;11(1):8001. doi: 10.1038/s41598-021-87084-3
35. Wilding S., Ziauddeen N., Roderick P. Are socioeconomic inequalities in the incidence of small-for-gestational-age birth narrowing? Findings from a population-based cohort in the South of England. *BMJ.* 2019 Jul 29;9(7):e026998. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026998
36. Chung M., Lee K. A recent change in the relation between women's income and childbirth: Heterogeneous effects of work-family balance policy. *J. Demogr. Econ.* Pub. online 06 April 2021. P. 1–27. doi: 10.1017/dem.2021.9
37. Ekechi C. Addressing inequality in fertility treatment. *Lancet.* 2021;398:645–6. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01743-8
38. Molitoris J., Barclay K., Kolk M. When and Where Birth Spacing Matters for Child Survival: An International Comparison Using the DHS. *Demography.* 2019;56:1349–70. doi: 10.1007/s13524-019-00798-y
39. Barclay K. J., Kolk M. Birth Intervals and Health in Adulthood: A Comparison of Siblings Using Swedish Register Data. *Demography.* 2018;55(3):929–55. doi: 10.1007/s13524-018-0673-8
40. Julihn A., Soares F. C., Hammarfjord U., Hjern A., Dahllöf G. Birth order is associated with caries development in young children: a register-based cohort study. *BMC Public Health.* 2020 Feb 12;20(1):218. doi: 10.1186/s12889-020-8234-7
41. Akseer N., Kandru G., Keats E. C., Bhutta Z. A. COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. *Am. J. Clin. Nutr.* 2020 Aug 1;112(2):251–6. doi: 10.1093/ajcn/nqaa171
42. Tracking the situation of children during COVID-19. UNICEF. 2021. Режим доступа: <https://data.unicef.org/resources/rapid-situation-tracking-covid-19-socioeconomic-impacts-data-viz/>
43. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report. WHO. 2021. Режим доступа: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1
44. Allotey J., Stallings E., Bonet M., Yap M., Chatterjee S., Kew T., Debenham L., Llavall A. C., Dixit A., Zhou D., Balaji R., Lee S. I., Qiu X., Yuan M., Coomaraswamy D., Sheikh J., Lawson H., Ansari K., van Wely M., van Leeuwen E., Kostova E., Kunst H., Khalil A., Tiberi S., Brizuela V., Broutet N., Kara E., Kim C. R., Thorson A., Oladapo O. T., Mofenson L., Zamora J., Thangaratinam S. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2020;370:m3320. doi: 10.1136/bmj.m3320
45. Kanem N. In Times of Baby Boom or Bust, Reproductive Rights and Choices Are Still the Answer. United Nations. 2021. Режим доступа: <https://www.un.org/en/un-chronicle/times-baby-boom-or-bust-reproductive-rights-and-choices-are-still-answer>

Поступила 05.07.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Götmarm F., Andersson M. Human fertility in relation to education, economy, religion, contraception, and family planning programs. *BMC Public Health.* 2020 Feb 22;20(1):265. doi: 10.1186/s12889-020-8331-7
2. Peace, dignity and equality on a healthy planet. Population. United Nations. 2021. Available at: <https://www.un.org/ru/global-issues/population>
3. Fertility statistics. Eurostat statistics explained. 2021; Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics#The_birth_rate_in_the_EU_decreased_at_a_slower_pace_between_2000_and_2019_than_before
4. Rybińska A. A Research Note on the Convergence of Childlessness Rates Between Women with Secondary and Tertiary Education in

COVID-19

- the United States. *Eur. J. Popul.* 2020;36:827–39. doi: 10.1007/s10680-019-09550-z
5. Münster E., Letzel S., Passet-Wittig J. Who is the gate keeper for treatment in a fertility clinic in Germany? — baseline results of a prospective cohort study (PinK study). *BMC Pregn. Childbirth.* 2018 Mar 5;18(1):62. doi: 10.1186/s12884-018-1690-8
 6. Agarwal A., Baskaran S., Parekh N., Cho C.-L., Henkel R., Vij S. Male infertility. *Lancet.* 2021;397:319–33. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32667-2
 7. Boeri L., Capogrosso P., Ventimiglia E., Pederzoli F., Frego N., Cazaniga W., Chierigo F., Alfano M., Piemonti L., Viganò P., Pontillo M., Montanari E., Montorsi F., Salonia A. Undiagnosed prediabetes is highly prevalent in primary infertile men — results from a cross-sectional study. *BJU Int.* 2019;123:1070–7. doi: 10.1111/bju.14558
 8. Ekechi C. Addressing inequality in fertility treatment. *Lancet.* 2021;398:645–6. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01743-8
 9. Simionescu G., Doroftei B., Maffei R., Obreja B.-E., Anton E., Grab D., Ilea C., Anton C. The complex relationship between infertility and psychological distress (Review). *Exp. Ther. Med.* 2021 Apr;21(4):306. doi: 10.3892/etm.2021.9737
 10. Salarian N., Hamzehgardeshi Z., Shahhosseini Z. A review of effective interventions to improve emotional risk factors of anxiety, stress, depression in infertile and infertile patients undergoing treatment with assisted reproductive techniques. *Eur. Psychiatry.* 2021;64:730-S. doi: 10.1192/j.eurpsy.1933
 11. Szkodziak F., Krzyżanowski J., Szkodziak P. Psychological aspects of infertility. A systematic review. *J. Int. Med. Res.* 2020 Jun;48(6):300060520932403. doi: 10.1177/0300060520932403
 12. Coughlan C., Walters S., Ledger W., Li T. C. A comparison of psychological stress among women with and without reproductive failure. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2014;124:143–7. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.08.006
 13. Ma F., Feng Y. The Roles of Stress-Induced Immune Response in Female Reproduction. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2021;1300:161–79. doi: 10.1007/978-981-33-4187-6_8
 14. Rasmussen T. D., Villadsen S. F., Andersen P. K. Social and ethnic disparities in stillbirth and infant death in Denmark, 2005–2016. *Sci. Rep.* 2021 Apr 12;11(1):8001. doi: 10.1038/s41598-021-87084-3
 15. Kyojuka H., Fujimori K., Hosoya M., Yasumura S., Yokoyama T., Sato A., Hashimoto K. The Effect of Maternal Age at the First Childbirth on Gestational Age and Birth Weight: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *J. Epidemiol.* 2019;29:187–91. doi: 10.2188/jea.JE20170283
 16. Sakata K., McKenzie C. Does the expectation of having to look after parents in the future affect current fertility? *J. Demogr. Econ. Pub. online* 02 March 2021. P. 1–29. doi: 10.1017/dem.2020.35
 17. Wang A. Y., Chughtai A. A., Lui K. Morbidity and mortality among very preterm singletons following fertility treatment in Australia and New Zealand, a population; Infant and maternal mortality in the USA. *Lancet Child Adolesc. Health.* 2021;5(1):1. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30369-2
 18. Günther V., Alkatout I., Stein A., Maass N., Strauss A., Voig M. Impact of smoking and fetal gender on preterm delivery. *J. Devel. Orig. Health Dis.* 2021;12:632–7. doi: 10.1017/S2040174420000999
 19. Kyojuka H., Fujimori K., Hosoya M., Yasumura S., Yokoyama T., Sato A., Hashimoto K. The Effect of Maternal Age at the First Childbirth on Gestational Age and Birth Weight: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *J. Epidemiol.* 2019;29:187–91. doi: 10.2188/jea.JE20170283
 20. Schummers L., Hacker M. R., Williams P. L., Hutcheon J. A., Vanderweele T. J., McElrath T. F., Hernandez-Diaz S. Variation in relationships between maternal age at first birth and pregnancy outcomes by maternal race: a population-based cohort study in the United States. *BMJ Open.* 2019 Dec 15;9(12):e033697. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033697
 21. Turner M. J., Reynolds C. M. E., McMahon L. E. Caesarean section rates in women in the Republic of Ireland who chose to attend their obstetrician privately: a retrospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 Sep 21;20(1):548. doi: 10.1186/s12884-020-03199-x
 22. Kim Y.-N., Choi D.-W., Kim D.-S. Maternal age and risk of early neonatal mortality: a national cohort study. *Sci. Rep.* 2021 Jan 12;11(1):814. doi: 10.1038/s41598-021-80968-4
 23. Einiö E., Hiltunen E., Martikainen P., Korhonen K. Men's age at first birth and alcohol-related morbidity and mortality among siblings. *Drug Alcohol Depend.* 2020 Apr 1;209:107942. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.107942
 24. Infant and maternal mortality in the USA. *Lancet Child Adolesc. Health.* 2021;5(1):1. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30369-2
 25. Turner M. J., Reynolds C. M. E., McMahon L. E. Caesarean section rates in women in the Republic of Ireland who chose to attend their obstetrician privately: a retrospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 Sep 21;20(1):548. doi: 10.1186/s12884-020-03199-x
 26. Goeral K., Fuiiko R., Binder J., Lindtner C., Jernej R. Considerable mortality and morbidity in neonates born below 500 gram. *Acta Paediatrica.* 2021 Aug;110(8):2359–65. doi: 10.1111/apa.15885
 27. Berhe K., Seid O., Gebremariam Y., Berhe A., Etsay N. Risk factors of stunting (chronic undernutrition) of children aged 6 to 24 months in Mekelle City, Tigray Region, North Ethiopia: An unmatched case-control study. *PLoS One.* 2019 Jun 10;14(6):e0217736. doi: 10.1371/journal.pone.0217736
 28. Erasun D., Alonso-Molero J., Gómez-Acebo I. Low birth weight trends in Organisation for Economic Co-operation and Development countries, 2000–2015: economic, health system and demographic conditionings. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 Jan 6;21(1):13. doi: 10.1186/s12884-020-03484-9
 29. Takagi K., Iwama N., Metoki H., Uchikura Y., Matsubara Y., Matsubara K., Nishigori H., Saito M., Fujiwara I., Sakurai K., Kuriyama S., Arima T., Nakai K., Yaegashi N., Sugiyama T. Paternal height has an impact on birth weight of their offspring in a Japanese population: the Japan Environment and Children's Study. *J. Dev. Orig. Health Dis.* 2019;10:542–54. doi: 10.1017/S2040174418001162
 30. Ma M., Zhang W., Zhang J., Liang Z., Kuang Y., Wang Y. Effect of paternal body mass index on neonatal outcomes of singletons after frozen-thawed embryo transfer cycles: analysis of 7,908 singleton newborns. *Fertil. Steril.* 2020;113:1215–23.e1. doi: 10.1016/j.fertnstert.2020.02.100
 31. Murata T., Kyojuka H., Fukuda T., Yasuda S., Yamaguchi A., Morokuma S., Sato A., Ogata Y., Shinoki K., Hosoya M., Yasumura S., Hashimoto K., Nishigori H., Fujimori K. Maternal sleep duration and neonatal birth weight: the Japan Environment and Children's Study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 Apr 12;21(1):295. doi: 10.1186/s12884-021-03670-3
 32. Chen M., Heilbronn L. The health outcomes of human offspring conceived by assisted reproductive technologies (ART). *J. Development. Orig. Health Dis.* 2017;8:388–402. doi: 10.1017/S2040174417000228
 33. Tsumi E., Lavy Y., Sheiner E., Barrett C., Harlev A., Hagbi Bal M., Wainstock T. Assisted reproductive technology and long-term ophthalmic morbidity of the offspring. *J. Development. Orig. Health Dis.* 2021;12:627–31. doi: 10.1017/S2040174420000938
 34. Rasmussen T. D., Villadsen S. F., Andersen P. K. Social and ethnic disparities in stillbirth and infant death in Denmark, 2005–2016. *Sci. Rep.* 2021 Apr 12;11(1):8001. doi: 10.1038/s41598-021-87084-3
 35. Wilding S., Ziauddeen N., Roderick P. Are socioeconomic inequalities in the incidence of small-for-gestational-age birth narrowing? Findings from a population-based cohort in the South of England. *BMJ.* 2019 Jul 29;9(7):e026998. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026998
 36. Chung M., Lee K. A recent change in the relation between women's income and childbirth: Heterogeneous effects of work-family balance policy. *J. Demogr. Econ. Pub. online* 06 April 2021. P. 1–27. doi: 10.1017/dem.2021.9
 37. Ekechi C. Addressing inequality in fertility treatment. *Lancet.* 2021;398:645–6. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01743-8
 38. Molitoris J., Barclay K., Kolk M. When and Where Birth Spacing Matters for Child Survival: An International Comparison Using the DHS. *Demography.* 2019;56:1349–70. doi: 10.1007/s13524-019-00798-y
 39. Barclay K. J., Kolk M. Birth Intervals and Health in Adulthood: A Comparison of Siblings Using Swedish Register Data. *Demography.* 2018;55(3):929–55. doi: 10.1007/s13524-018-0673-8
 40. Julihn A., Soares F. C., Hammarfjord U., Hjern A., Dahllöf G. Birth order is associated with caries development in young children: a register-based cohort study. *BMC Public Health.* 2020 Feb 12;20(1):218. doi: 10.1186/s12889-020-8234-7
 41. Akseer N., Kandru G., Keats E. C., Bhutta Z. A. COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. *Am. J. Clin. Nutr.* 2020 Aug 1;112(2):251–6. doi: 10.1093/ajcn/nqaa171
 42. Tracking the situation of children during COVID-19. UNICEF. 2021. Available at: <https://data.unicef.org/resources/rapid-situation-tracking-covid-19-socioeconomic-impacts-data-viz/>
 43. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report. WHO. 2021. Available at:

- https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_-continuity-survey-2020.1
44. Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T, Debenham L, Llavall A. C., Dixit A., Zhou D., Balaji R., Lee S. I., Qiu X., Yuan M., Coomar D., Sheikh J, Lawson H., Ansari K., van Wely M., van Leeuwen E., Kostova E., Kunst H., Khalil A., Tiberi S., Brizuela V., Broutet N., Kara E., Kim C. R., Thorson A., Oladapo O. T., Mofenson L., Zamora J., Thangaratinam S. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;370:m3320. doi: 10.1136/bmj.m3320
45. Kanem N. In Times of Baby Boom or Bust, Reproductive Rights and Choices Are Still the Answer. United Nations. 2021. Available at: <https://www.un.org/en/un-chronicle/times-baby-boom-or-bust-reproductive-rights-and-choices-are-still-answer>

Гордова Л. Д.¹, Гришина Н. К.², Соловьева Н. Б.², Пахомова Е. В.³

ВЛИЯНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СТРУКТУРУ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА

¹ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Курской области» Минтруда России, 305048, г. Курск;

²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

³ОБУЗ «Курская областная детская больница № 2», 305029, г. Курск

Травматизм является одной из приоритетных проблем здравоохранения в Российской Федерации, особый его раздел представляет детский травматизм. Показатели детского травматизма и инвалидности вследствие травм являются важнейшими показателями детского здоровья. Они характеризуют качество ухода за ребенком в семье, зависят от общепринятых норм поведения в общественных местах, на улице, в школе, отражают случаи агрессии и насилия при взаимоотношениях взрослых и детей, в детских коллективах. Имеющиеся сравнительные данные позволили проанализировать влияние пандемии на структуру и уровень детского травматизма на примере Курской области.

Ключевые слова: дети; профилактика травматизма; коронавирусная инфекция; пандемия.

Для цитирования: Гордова Л. Д., Гришина Н. К., Соловьева Н. Б., Пахомова Е. В. Влияние новой коронавирусной инфекции на структуру детского травматизма. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):195—197. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-195-197>

Для корреспонденции: Гордова Людмила Дмитриевна, канд. мед. наук, руководитель Бюро МСЭ № 6 ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Курской области» Минтруда России, e-mail: doctor968@yandex.ru

Gordova L. D.¹, Grishina N. K.², Solovyova N. B.², Pakhomova E. V.³

THE EFFECT OF THE NEW CORONAVIRUS INFECTION ON THE STRUCTURE OF CHILDREN TRAUMATISM

¹The Federal State Official Institution “The Main Bureau of Medical Social Expertise at the Kursk Oblast” of Mintrud of Russia, 305048, Kursk, Russia;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

³The Oblast Budget Institution of Health Care “The Kursk Oblast Children Hospital № 2”, 305029, Kursk, Russia

The traumatism, including children traumatism, is one of priority problem of health care in the Russian Federation. The indices of children traumatism and disability because of injuries are the most important indices of children health. They characterize quality of child care in family, depend on common norms of public behavior, reflect cases of aggression and violence in relationship of adults and children and in children communities. The available comparative data permitted to analyze impact of the pandemic on structure and level of children traumatism as exemplified by the Kursk Oblast.

Keywords: children; traumatism; prevention; coronavirus infection; pandemic.

For citation: Gordova L. D., Grishina N. K., Solovyova N. B., Pakhomova E. V. The effect of the new coronavirus infection on the structure of children traumatism. *Problemi socialnoi gigieni, zdravoookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):195—197 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-195-197>

For correspondence: Gordova L. D., candidate of medical sciences, the Head of the Bureau of the Medical Social Expertise № 6 of the Federal State Official Institution “The Main Bureau of Medical Social Expertise at the Kursk Oblast” of Mintrud of Russia. e-mail: doctor968@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 22.07.2021
Accepted 26.10.2021

Введение

«Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин вносят существенный вклад в структуру заболеваемости и смертности населения Российской Федерации (РФ) и являются не только важнейшими индикаторами здравоохранения, но и состояния экономики и общества в целом» [1]. В научных публикациях неоднократно отмечался рост травматизма, частоты выхода на инвалидность и смертности.

«Более 13 млн детей в РФ ежегодно получают травмы, показатель детского травматизма колеблется от 75 до 133%. В структуре детского травматизма 60—68% приходится на бытовой (большая часть — термические повреждения); уличный травматизм (в основном — транспортный) составляет 32,6%,

около 6% — школьный травматизм, спортивный — 4,4%, прочие виды — 1,1%» [2].

Актуальность изучения распространенности и структуры детского травматизма очевидна, поскольку это один из значимых факторов общественного здоровья и социального благополучия страны.

В современных условиях, несмотря на то что «коронавирус SARS-CoV-2 возник недавно (первые сообщения о болезни появились 8 декабря 2019 г.), за короткий промежуток времени (около 2 мес) вирус достаточно быстро распространился и вызвал пандемию — об этом 11 марта 2020 г. заявила Всемирная организация здравоохранения. Случаи инфекции зарегистрированы в 177 странах мира, большинство из которых были связаны с поездками в КНР. Особенно пострадали жители Италии, Ирана,

Южной Кореи и США. В настоящее время основной источник инфекции — больной человек» [3].

По распоряжению Правительства РФ с февраля 2020 г. был временно ограничен въезд иностранных граждан на территорию РФ. Указом Президента Российской Федерации от 25.03.2020 № 206 «Об объявлении в Российской Федерации нерабочих дней» неделя с 30 марта по 5 апреля 2020 г. объявлена нерабочей с последующим продлением карантинных мер [4, 5].

При сложившейся эпидемиологической ситуации в стране и предпринятых правительственных мерах для ее стабилизации дети были вынуждены длительное время находиться в домашних условиях, что, как показало наше исследование, повлияло на структуру детского травматизма.

Материалы и методы

Целью исследования явилось изучение показателей и структуры детского травматизма в Курской области в период 2019—2020 гг., влияния условий пандемии, самоизоляции на уровень и структуру детского травматизма. Для анализа были использованы данные отчетно-учетных форм ОБУЗ «Областная детская больница № 2», УВД МВД по Курской области, Медицины катастроф Курской области. В работе применялись аналитический, математический методы, метод сравнительного анализа, которые позволили проанализировать влияние пандемии на структуру детского травматизма, обобщить исследуемый материал и сделать выводы.

Результаты исследования

В соответствии с распоряжением губернатора Курской области от 27.03.2020 № 95-рг на территории Курской области был введен режим повышенной готовности и с 28 марта 2020 г. по 12 апреля 2020 г. временно приостановлена работа предприятий общественного питания, объектов розничной торговли (за исключением обозначенных в данном документе) и оказывающих определенные виды услуг населению, учебные заведения были переведены на удаленное обучение. Ключевыми моментами являлись соблюдение личной гигиены, самоизоляция, карантин.

Таблица 1

Общее число пострадавших детей в Курской области с учетом их возраста и вида травмы в 2019—2020 гг. (в абс. ед.)

Вид травмы	От 0 до 14 лет		От 15 до 17 лет включительно		Всего	
	2019 г.	2020 г.	2019 г.	2020 г.	2019 г.	2020 г.
Бытовая	4310	5317	760	1191	5070	6508
Уличная	5300	3451	930	809	6230	4260
Школьная	1726	478	304	113	2030	591
Транспортная	982 (113)	286 (96)	32 (20)	68 (23)	1014 (133)	354 (119)
Прочая	173	51	102	67	275	118
Всего...	12491	9583	2128	2248	14619	11831

Примечание. Здесь и в табл. 2 в скобках — число пострадавших в ДТП.

Таблица 2

Удельный вес пострадавших детей в Курской области с учетом их возраста и вида травмы в 2019—2020 гг. (в %)

Вид травмы	От 0 до 14 лет		От 15 до 17 лет включительно		Всего	
	2019 г.	2020 г.	2019 г.	2020 г.	2019 г.	2020 г.
Бытовая	34,5	55,5	35,7	53,0	34,7	55,0
Уличная	42,5	36,0	43,7	36,0	42,6	36,0
Школьная	13,8	5,0	14,3	5,0	13,9	5,0
Транспортная	7,8 (11,5)	2,9 (33,6)	1,5 (62,5)	3,0 (33,8)	6,9	3,0
Прочая	1,4	0,6	4,8	3,0	1,9	1,0
Всего...	85,4	81,0	14,6	19,0	100	100

В связи с тем что дети были вынужденно ограничены в перемещении, пребывании на улице, в общественных местах и образовательных учреждениях, показатели детского травматизма в 2020 г. снизились (табл. 1 и 2).

Полученные данные свидетельствуют о том, что в 2020 г. общее количество травм у детей уменьшилось на 19,1%, при этом удельный вес бытовых травм увеличился на 20,3% по сравнению с 2019 г., в возрастной категории от 0 до 14 лет — на 21,1% и в возрасте от 15 до 17 лет включительно — на 17,3%. Особенно тревожит тот факт, что в 2020 г. увеличилось количество кататравм, а именно — выпадений из окна: в 2019 г. — 5 случаев, в 2020 г. — 9 случаев, из которых 5 — с летальным исходом (в возрасте от 3 до 5 лет).

Уменьшился на 6,6% удельный вес уличных травм, который во всех возрастных категориях в 2020 г. составил 36%.

Произошло уменьшение в 2,3 раза числа школьных и транспортных травм. В структуре транспортных травм 62,5% пришлось на долю ДТП в 2019 г. в возрасте 15—17 лет включительно, а в 2020 г. они составили лишь 33,8% общего количества транспортных травм. В 2019 г. был зарегистрирован один случай ДТП с летальным исходом, в 2020 г. таких случаев не было.

«Соблюдение карантинных мер, пребывание в самоизоляции повлияли негативно на целый ряд событий в жизни детей и способствовали выпадению их из привычного круга общения; ограничению или временному лишению свободы; отказу от привычных повседневных дел (например, поездки в школу или походу в тренажерный зал), вынужденному дефициту общения детей со сверстниками, появлению чувства одиночества» [6]. При этом длительная изоляция нанесла значительный вред не только психическому здоровью человека, но и физическому. «Установлено, что с возрастающей степенью одиночества повышается и риск самоубийства. Неважно, переносит человек изоляцию вынужденно или добровольно. Идеи суицида чаще встречаются у одиноких людей, находящихся в депрессивном состоянии» [7]. В 2020 г. в Курской области было зафиксировано 8 суицидальных попыток детей в возрасте 15—17 лет включительно, в то время как 2018—2019 гг. таких случаев не зарегистрировано.

Обсуждение

В целях реализации единого процесса профилактики детского травматизма во время пандемии, в том числе длительного нахождения детей в домашних условиях без присмотра родителей, необходимо усилить разъяснительную работу в рамках межведомственного взаимодействия целого ряда субъектов, участвующих в этом процессе.

Органам управления образованием рекомендуется усилить просветительно-образовательную работу среди родителей по вопросам предупреждения детского травматизма в быту, в сложившихся условиях повысить ответственность родителей за безопасность своих детей.

Органам опеки и попечительства целесообразно проводить обязательный контроль многодетных, приемных семей с целью обеспечения безопасности домашних условий.

Комитету по делам несовершеннолетних необходимо увеличить проведение разъяснительных бесед среди неблагополучных семей по профилактике бытового травматизма.

Клубу молодых семей и центру планирования семьи рекомендуется расширить программы обучения молодых родителей необходимым навыкам безопасного ухода за ребенком, предупреждения бытового травматизма, падения, оставления ребенка без присмотра.

Для СМИ и волонтеров актуально проведение целенаправленной работы по обеспечению здорового семейного быта.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют об уменьшении общего количества травм в 2020 г. в Курской области, изменении структуры детского травматизма: увеличился удельный вес бытовых травм, значительно уменьшился удельный вес школьного и уличного травматизма. Введение карантинных мероприятий с целью снижения нагрузки на систему здравоохранения, вынужденная самоизоляция, потеря социальных контактов для подростков стали причиной ряда психологических проблем, увеличился риск суицидальных попыток. Изменения в структуре детского травматизма в период пандемии определили приоритетные мероприятия, направленные на снижение и предупреждение травматизма

среди детей, при сотрудничестве различных ведомств и организаций региона.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Шишкин Е. В. Основные тенденции заболеваемости от травм, отравлений и некоторых других последствий воздействий внешних причин в субъектах РФ. *Менеджер здравоохранения*. 2019;(1):5—8.
2. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого-ортопедической помощи населению России в 2014—2019 году. В кн.: Сборник научных трудов ЦИТО. М.; 2020. С. 9—12.
3. Влияние COVID-19: дайджест исследований про кризис 2020. Режим доступа: <https://ppc-world.turbopages.org/s/ppc.world/articles/vliyanie-covid-19> (дата обращения 26.03.2021).
4. Указ о карантине Президента РФ от 25.03.2020 г. Режим доступа: [consultant.ru>document/cons_doc_LAW_349217/](http://consultant.ru/document/cons_doc_LAW_349217/)
5. О мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории РФ в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19): Указ Президента от 02.04.2020 г. Консультант Плюс.
6. Акименко Г. В., Кирина Ю. Ю., Начева Л. В., Селедцов А. М. Психология эпидемии: как пандемия (COVID-19) влияет на психику людей. *Вестник общественных и гуманитарных наук*. 2020;1(4):45—54.
7. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. *Вестник общественных и гуманитарных наук*. 2006;(4):63.

Поступила 22.07.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Shishkin E. V. Main trends in morbidity from injuries, poisoning and some other consequences of external causes in the subjects of the Russian Federation. *Menedzher zdravookhraneniya = Health Care Manager*. 2019;(1):5—8 (in Russian).
2. Traumatism, orthopedic morbidity, the state of traumatological and orthopedic care for the population of Russia in 2014—2019. In: Collection of scientific works of CITO [*Sbornik nauchnykh trudov TsITO*]. Moscow; 2020. P. 9—12 (in Russian).
3. The impact of COVID-19: a digest of studies about the crisis of 2020. Available at: <https://ppc-world.turbopages.org/s/ppc.world/articles/vliyanie-covid-19> (accessed 26.03.2021) (in Russian).
4. Decree on the quarantine of the President of the Russian Federation of 25.03.2020. Available at: [consultant.ru>document/cons_doc_LAW_349217/](http://consultant.ru/document/cons_doc_LAW_349217/) (in Russian).
5. On measures to ensure the sanitary and epidemiological well-being of the population on the territory of the Russian Federation in connection with the spread of a new coronavirus infection (COVID-19): Presidential Decree of 02.04.2020. *Consultant Plus* (in Russian).
6. Akimenko G. V., Kirina Yu. Yu., Natcheva L. V., Seledtsov A. M. Psychology of the epidemic: how the pandemic (COVID-19) affects the psyche of people. *Vestnik obshchestvennykh i humanitarnykh nauk = Bulletin of Social and Humanitarian Sciences*. 2020;1(4):45—54 (in Russian).
7. Leontiev D. A., Rasskazova E. I. Test of resilience. *Vestnik obshchestvennykh i humanitarnykh nauk = Bulletin of Social and Humanitarian Sciences*. 2006;(4):63 (in Russian).

Здоровье и общество

© БОТНАРЮК М. В., ТИМЧЕНКО Т. Н., 2022
УДК: 614.2

Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н.

РОССИЙСКИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК: ОСНОВНЫЕ ТRENДЫ РАЗВИТИЯ И ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», 353924, г. Новороссийск

Отечественный фармацевтический рынок подвержен сильному влиянию внешней среды, поэтому его трансформация неизбежна. Вместе с тем развитие рынка является стратегически важным для России, что требует постоянного мониторинга и своевременной разработки нормативных документов и целевых программ, ориентированных на обеспечение социальных гарантий населению. Глобальная цифровизация всех отраслей, включая фармацевтическую, выявила острую необходимость в смещении акцентов при формировании правил реализации продаж лекарственных препаратов в область интернет-маркетинга и интернет-торговли. Экономические и политические реалии доказывают актуальность дальнейшего продвижения концепции импортозамещения, разработки механизмов государственной поддержки всех агентов фармацевтического рынка, а также стратегии ценообразования с учетом перехода процесса торговли на цифровые рельсы.

К л ю ч е в ы е с л о в а : фармацевтический рынок; ключевые тренды; цифровизация; ценообразование; государственная поддержка.

Для цитирования: Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н. Российский фармацевтический рынок: основные тренды развития и ценообразования в современных условиях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):198—206. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-198-206>

Для корреспонденции: Тимченко Татьяна Николаевна, канд. экон. наук, доцент кафедры «Таможенное право» ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», e-mail: timchenkomga@gmail.com

Botnaryuk M. V., Timchenko T. N.

THE RUSSIAN PHARMACEUTICAL MARKET: THE MAIN TRENDS OF DEVELOPMENT AND PRICING IN MODERN CONDITIONS

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Admiral F. F. Ushakov State Maritime University”, 353924, Novorossiysk, Russia

The National Russian pharmaceutical market is exposed to strong impact of external environment therefore its transformation is inevitable. Yet, development of market is strategically important for Russia that requires permanent monitoring and timely development of normative documents and target programs focused on supporting of population social guarantees. The global digitization of all industries, including pharmaceutical revealed urgent necessity in shifting accents to area of internet-marketing and internet-trade while elaborating rules of realization of sales of medications. The economical and political actualities of further advancing of concept of import substitution, development of mechanisms of state support of all agents of pharmaceutical market and also strategy of pricing considering transition of trade process to digital rails.

К e y w o r d s : pharmaceutical market; key trends; digitization; pricing; state support.

For citation: Botnaryuk M. V., Timchenko T. N. The Russian pharmaceutical market: the main trends of development and pricing in modern conditions. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2022;30(2):198—206 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-198-206>

For correspondence: Timchenko T. N., candidate of economical sciences, associate professor of the Chair of Customs Law of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Admiral F. F. Ushakov State Maritime University”. e-mail: timchenkomga@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 18.07.2021
Accepted 26.10.2021

Введение

Российский фармацевтический рынок, как и вся государственная и мировая экономическая система, за последнее десятилетие претерпел существенные изменения. Ключевые трансформации коснулись в основном 2019—2020 гг. и продолжаются до настоящего времени. Именно в этот период отмечено смещение потребительского спроса: более востребованными оказались дорогие лекарственные препараты

(ЛП) и увеличение доли государственного сегмента вследствие в том числе дополнительного вложения денежных средств в закупку лекарственных препаратов по национальным проектам [1].

Согласно ст. 7 Конституции [2], Российская Федерация признана социальным государством, политика которого нацелена на обеспечение условий для создания достойной жизни и свободного развития человека. Данная статья также провозглашает обязанность государства охранять труд и здоровье лю-

Здоровье и общество

дей, оказывать поддержку гражданам, в том числе через выплату пособий и предоставление гарантий социальной защиты. Не допускается расовая и иные формы дискриминации. В связи с этим разработан комплекс документов, включающий Федеральные законы, постановления Правительства, иные документы, обеспечивающие права граждан, закрепленные в Конституции РФ, например [2]:

- порядок лекарственного обеспечения за счет средств федерального бюджета закреплен в Федеральном законе от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» и постановлении Правительства Российской Федерации от 26.11.2018 № 1416 «О порядке организации обеспечения лекарственными препаратами лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта—Прауэра), лиц после трансплантации органов и/или тканей» (вместе с «Правилами организации обеспечения лекарственными препаратами лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта—Прауэра), лиц после трансплантации органов и(или) тканей», «Правилами ведения федерального регистра лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта—Прауэра), лиц после трансплантации органов и(или) тканей») от 26.11.2018 (ред. от 27.03.2020);
- регламент лекарственного обеспечения за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации определен постановлением Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской

промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения»;

- особенности медицинской помощи, оказываемой с применением телемедицинских технологий, регламентированы Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от 22.12.2020).

С целью усиления социальной ответственности государства и оптимизации системы лекарственного обеспечения принят Федеральный закон от 13.07.2020 № 206-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания» [2], в соответствии с которым с 1 января 2021 г. расширяются государственные гарантии граждан, которые имеют право на получение определенного спектра социальных услуг.

Стоит отметить, что фармацевтический рынок разделен на два сегмента: государственный и коммерческий, вопросы ценообразования на которых регулируются как государством (по отдельным категориям лекарств), так и правилами свободной конкуренции. Однако пандемия 2020 г. во многом изменила подходы к организации функционирования рынка и к вопросам ценообразования, что вызывает необходимость проведения дополнительных исследований.

Объектом исследования настоящей работы является отечественный фармацевтический рынок, тенденции его развития, вопросы ценообразования в новых условиях.

Цель данной работы состоит в определении проблемного поля, ключевых трендов трансформации фармацевтического рынка и перспектив его развития с учетом современных реалий.

Фармацевтический рынок представляет собой один из важнейших сегментов народного хозяйства, который одновременно подвержен влиянию как отечественной, так и мировой экономики. В значительной степени он находится под воздействием государства, протекционная политика которого обеспечивает рост государственного сектора. Регулирование фармацевтического рынка осуществляется посредством издания и реализации нормативно-правовых актов, наиболее весомые из которых следующие [2]:

- Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;
- Федеральный закон от 26.11.2018 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (с изменениями на 30 апреля 2021 г.);
- Федеральный закон от 13.07.2020 № 206-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обеспечения граждан лекарственными

- препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания»;
- Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья»;
 - Указ Президента РФ от 17.03.2020 № 187 «О розничной торговле лекарственными препаратами для медицинского применения»;
 - постановление Правительства РФ от 16.05.2020 № 697 (ред. от 11.07.2020) «Об утверждении Правил выдачи разрешения на осуществление розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения дистанционным способом, осуществления такой торговли и доставки указанных лекарственных препаратов гражданам и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросу розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения дистанционным способом»;
 - постановление Правительства РФ от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (с изменениями и дополнениями от 14.02.2020).

Материалы и методы

При проведении исследования изучены научные труды в направлении затрагиваемой проблематики, статистические и аналитические материалы, нормативно-правовые документы, обобщен отечественный опыт. Применялись аналитический и экспертный методы.

Результаты исследования

Согласно данным Национального рейтингового агентства, с 2018 г. очевидна устойчивая тенденция роста объема глобального фармацевтического рынка, которая, по прогнозным данным, сохранится до 2025 г. включительно. При этом, в соответствии с прогнозом [3], с 2022 г. темпы роста рынка замедлятся: если в 2022 г. он составит 5,4%, то уже к 2025 г. снизится до 4,5%. По мнению аналитиков [3], с которым трудно не согласиться, ключевыми факторами-катализаторами роста емкости фармацевтического рынка сегодня являются увеличение численности населения, активно внедряемая концепция здорового образа жизни, а также повышение продолжительности жизни населения в мире. В глобальном масштабе можно смело предположить дальнейший перманентный рост объемов продаж, особенно в сегменте биологически активных добавок. Вместе с тем Россия, в отличие от мировых тенденций, показывает сегодня не совсем радужные ре-

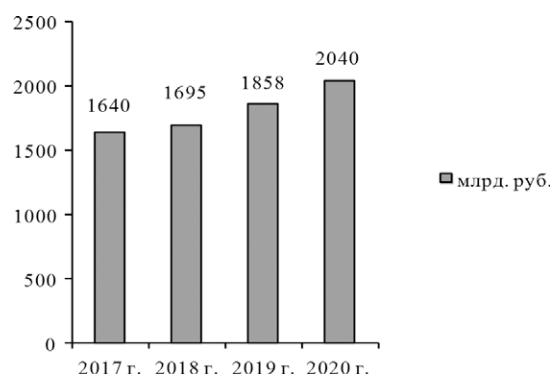


Рис. 1. Динамика емкости российского фармацевтического рынка за 2017—2020 гг.

зультаты. Отмечен отрицательный прирост рождаемости населения (–48,7 тыс. человек), сократилась продолжительность жизни (в 2019 г. — 63,7 года, в то время как в 2020 г. — уже 58,9 года) на фоне роста количества умерших: в 2019 г. их было 2124,5 тыс. (+323,8 тыс.). Общая численность россиян в 2020 г. сократилась до 145,9 млн (прежние значения составили 146,7 млн). Опираясь на аналитические данные, можно сделать вывод, что влияние пандемии и сопутствующих заболеваний на столь отрицательные показатели составило около 32% [3].

Результаты исследований позволили установить, что, к сожалению, в настоящий момент доля российского фармацевтического рынка в глобальном рынке сравнительно невелика, ее значения находятся в пределах 2—2,5%. Это говорит о сильной зависимости отечественного рынка от экспортеров и от влияния внешней среды, которая, как показывает практика, в последнее время очень нестабильна [4]. Тем не менее, согласно статистическим данным, наша страна входит в десятку крупнейших фармацевтических рынков, хотя, если ориентироваться на показатель «расчет продаж на душу населения», на конец 2020 г. мы всего лишь замыкаем тридцатку мировых лидеров. В качестве положительного момента хотелось бы отметить увеличение емкости отечественного фармацевтического рынка. Достижение такого результата стало возможным благодаря росту государственных инвестиций в развитие здравоохранения, дополнительного финансирования национальных проектов. Например, максимальный рост закупок лекарственных препаратов в 2020 г. приходил за счет реализации программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» и федерального проекта по кардиозаболеланиям [5].

Определим ключевые тенденции развития отечественного рынка лекарственных препаратов более детально. Во-первых, отмечена устойчивая положительная динамика рынка с 1640 млрд руб. в 2017 г. до рекордных значений 2020 г. — 2040 млрд руб. (темп прироста за этот период составил 24,4%). При этом в 2019 г. наблюдался значительный рост объемов продаж (в денежном выражении): вместо прогнозируемых ранее 5—6% он составил 9,8%. Нагляд-

Здоровье и общество

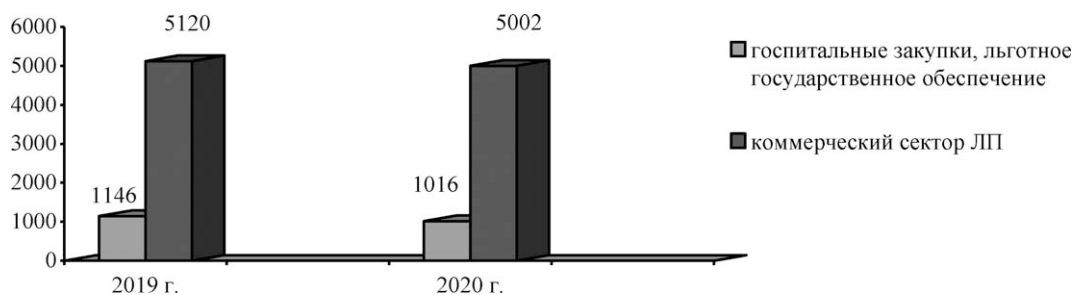


Рис. 2. Динамика емкости отечественного фармацевтического рынка (в млн упаковок).

но динамика емкости российского фармацевтического рынка проиллюстрирована на рис. 1.

К сожалению, увеличение произошло исключительно за счет роста цен, в то время как количество упаковок (рис. 2) сократилось. Более детальные исследования показывают что, с 18,3 до 16,9% снизилась доля госпитальных закупок и льготного государственного обеспечения, но при этом отмечен рост с 81,7 до 83,1% доли лекарственных препаратов в коммерческом секторе. Общее уменьшение в 2020 г. по сравнению с 2019 г. составило 248 млн упаковок (темп роста — 96%).

Во-вторых, интересной представляется статистика продаж рецептурных и безрецептурных лекарственных препаратов (в натуральном выражении), представленная на рис. 3.

Соотношение продаж составляет примерно 65% к 35% (продажи без рецепта к продажам по рецептам), причем в 2020 г. количество проданных безрецептурных лекарственных средств незначительно, но сократилось, в то время как объемы рецептурных препаратов возросли. На основании полученных результатов можно констатировать рост личной ответственности граждан, в связи с чем очевидно их стремление проходить лечение под руководством грамотного специалиста, имеющего профильное медицинское образование. По нашему мнению, это произошло в первую очередь из-за общего панического настроения населения, вызванного страхом перед неизвестностью (стремительное распространение коронавирусной инфекции COVID-19). Тем не менее, несмотря на страх и панику, доля продаж препаратов, не требующих рецептов (и консультации врача), остается стабильно высокой и находится в пределах 64—65%. В качестве одной из ключевых тенденций 2020 г. в аптечном бизнесе стоит отметить устойчивую заинтересованность в лекарственных средствах, ориентированных на укрепление иммунной системы [5]. Это можно объяснить пропагандой здорового образа жизни, но в большей степени, как представляется авторам, опасениями, что организм может не справиться с нависшей над человечеством коронавирусной угрозой.

В-третьих, результаты оценки российского коммерческого сек-

тора рынка лекарственных препаратов позволили констатировать факт продолжения реализации концепции импортозамещения, нацеленной на укрепление и дальнейшее эффективное развитие системы отечественного здравоохранения. Хотя и здесь есть определенные подводные камни: если оценивать рынок через стоимость лекарств, то в 2020 г. по сравнению с предыдущим очевиден выигрыш российских препаратов. Вместе с тем анализ в разрезе натуральных показателей наглядно показывает менее значимый темп снижения у импортных лекарственных препаратов, находящийся на отметке -1,8%, в то время как отечественные препараты проигрывают: темп снижения объемов продаж в упаковках составил -2,6%. Этому есть вполне корректное объяснение: «ковидная паника», во время которой значительная часть населения принялась активно скупать препараты, ориентированные на моделирование и укрепление иммунитета, борьбу с вирусами, что в итоге явилось детерминантой трансформации структуры продаж. Так, увеличилось количество реализованных дорогостоящих препаратов: Арбидол» (+353,9% в стоимостном выражении и +257,4% в натуральном) и «Ингавирин» (+110,9% и +63% соответственно) на фоне снижения традиционных продаж в низком ценовом сегменте [5]. Также стоит обратить внимание на следующие интересные, по мнению авторов, факты. С одной стороны, средневзвешенная цена российских лекарств с 2012 г. возросла по сравнению с иностранными чуть более чем в 2 раза (+19,6% и +8,2% соответственно). Но даже в этом случае отечественные препараты все еще выигрывают в ценовой конкуренции: в среднем их цена почти в 2 раза ниже, чем импортных. С другой стороны, структура рынка по критерию «отечественный/иностраный производитель» практически одинакова.

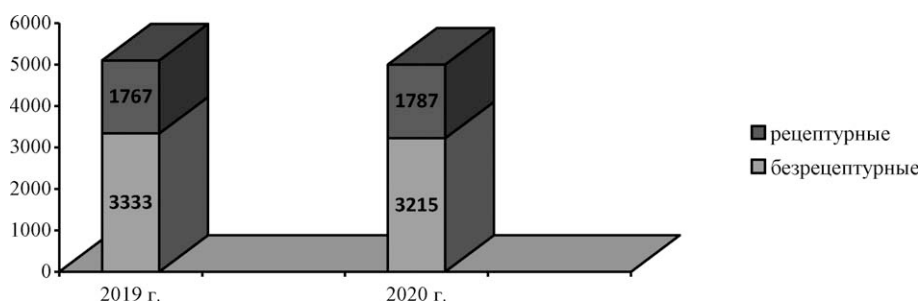


Рис. 3. Динамика емкости отечественного фармацевтического рынка (в млн упаковок).

Таблица 1

Реальная среднемесячная начисленная заработная плата работников по субъектам Российской Федерации с 2018 г. (в % к предыдущему году)

Наименование субъекта	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Российская Федерация	108,5	104,8	102,5
Центральный федеральный округ	108,8	106,2	103,4
г. Москва	109,6	107,6	104,0
Северо-Западный федеральный округ	109,0	104,1	101,0
г. Санкт-Петербург	109,1	104,7	100,5
Южный федеральный округ	108,7	103,0	100,9
Северо-Кавказский федеральный округ	108,3	103,2	103,7
Приволжский федеральный округ	106,8	103,7	102,0
Уральский федеральный округ	106,1	102,9	102,5
Сибирский федеральный округ	109,2	104,2	102,7
Дальневосточный федеральный округ	109,3	104,4	101,4

В качестве еще одного тренда развития фармацевтического рынка можно выделить обязательную с июля 2021 г. маркировку лекарств, что делает рынок прозрачным, ориентированным на защиту прав конечного потребителя (внесены соответствующие поправки в ФЗ № 61-ФЗ, действуют с 1 июля 2020 г.).

В дополнение к изложенному выше считаем необходимым подчеркнуть, что исследование реальной среднемесячной начисленной заработной платы россиян в разрезе субъектов РФ выявило устойчивую тенденцию к ее сокращению (табл. 1).

Таким образом, очевидная необходимость в приобретении дорогостоящих лекарств вынуждает население снижать другие свои потребности, в том числе в сфере здравоохранения. Сложившаяся ситуация негативно отражается на индексе потребительской уверенности [6], требует разработки мер государственной поддержки и более детального изучения практики формирования цен в данной области.

Исследования показывают, что ценообразование в сфере фармацевтического рынка многоаспектное. В отношении жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) предельные размеры оптовых и розничных надбавок к ценам производителей, по которым они отпускают товар в продажу, устанавливают органы исполнительной власти субъектов РФ. Это означает, что аптеки при

Таблица 2

Предельные размеры надбавок, установленные для Краснодарского края

Ценовая группа	Предельные размеры надбавок, %			
	оптовые		розничные	
	ЖНВЛП	в том числе наркотические и психотропные лекарственные препараты	ЖНВЛП	в том числе наркотические и психотропные лекарственные препараты
До 50 руб. включительно	15	30	25	35
От 50 руб. до 500 руб. включительно	12	30	20	35
Свыше 500 руб.	9	30	13	35

определении отпускной цены для таких препаратов должны руководствоваться соответствующими нормативными документами. Например, приказ устанавливает предельные размеры надбавок для отдельного региона (табл. 2) [7].

Установлено, что ценовую политику по другим товарам аптеки могут разрабатывать самостоятельно, ориентируясь на конкурентную среду, маркетинговые исследования.

Обсуждение

Учитывая непростую эпидемиологическую обстановку, а также сложную экономическую ситуацию, сформированную под влиянием колебаний внешней среды (нестабильный курс отечественной валюты, ежегодные санкции, выдвигаемые против нашего государства мировым сообществом), государство постоянно оказывает социальную помощь своим гражданам, в том числе в сфере здравоохранения. На основании результатов аналитических исследований, изучения нормативных документов и специализированных сайтов выявлено:

- ежегодное увеличение норматива финансовых затрат из расчета в месяц на одного гражданина: социальная помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, изделиями медицинскими назначения, специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов [8];
- упразднение перечня обеспечения необходимыми лекарственными средствами и специальных комиссий в медицинских организациях, которые занимались его формированием [9];
- введение в действие с 2021 г. единого регистра пациентов, которые имеют льготное право на получение лекарственных препаратов (Федеральный закон от 13.07.2020 № 206-ФЗ); федеральные и региональные льготники будут обеспечиваться бесплатными лекарствами в объеме не меньшем, чем это предусмотрено списком ЖНВЛП, пересмотр которого планируется не реже одного раза в 12 мес, а процедура внесения изменений в список ускоряется (Распоряжение Правительства от 23.11.2020 № 3073 «О внесении изменений в распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р» [2]);
- создание федерального Центра по планированию и организации лекарственного обеспечения граждан, его ключевые функции: организация и проведение закупок препаратов в рамках федеральных программ, прогнозирование потребности региональных систем здравоохранения, ведение мониторинга закупок лекарственных препаратов [10].

Таким образом, очевидно постоянное обновление нормативной базы и расширение социальных гарантий с целью обеспечения максимально эффективной работы системы здравоохранения в РФ. С целью выявления современных трендов ценообразо-

Здоровье и общество

вания в сфере продаж лекарственных препаратов проведены авторские исследования: устный опрос аптечных провизоров и собственные наблюдения. В качестве объекта принят фармацевтический рынок отдельного населенного пункта, респондентами выбраны провизоры со стажем работы в отрасли более 12 лет. Опрос показал, что в настоящее время существует практика установления максимальной надбавки на дешевые (по отпускной цене) препараты и минимальной — на дорогие. Размер надбавки аптека устанавливает самостоятельно (за исключением списка ЖНВЛП) на основании результатов маркетинговых исследований рынка, а также принимая во внимание конкурентную среду и реализуя собственную ценовую стратегию. Поэтому на один и тот же БАД в рамках одного города, но в разных районах, наценка может варьировать от 45 до 100% и выше. Также установлено, что аптеки, находящиеся в одном районе населенного пункта, стараются делать примерно одинаковые наценки, чтобы не проиграть в конкурентной борьбе.

В качестве отдельного современного направления организации аптечного бизнеса отмечена тенденция производства собственной торговой марки, когда заказчик (например, аптечная сеть) напрямую обращается к заводу-изготовителю с коммерческим предложением о производстве товара с отметкой на упаковке «для аптечной сети К*». Заказчик сам занимается стимулированием продаж, поэтому в стоимость закладываются вознаграждение работников, реализующих товар, расходы на рекламу, продвижение. На такие товары наценка может быть очень высокой (по мере востребованности рынком, но при условии соблюдения ценовых ограничений на ЖНВЛП), и их продажа, соответственно, выгоднее, чем торговля лекарственными препаратами. К ним, как правило, относят парафармацевтическую продукцию (специализированное белье для беременных, кормящих женщин, средства гигиены для новорожденных и их матерей, товары для перевязки и фиксации, для пропаганды здорового образа жизни).

Хотелось бы отметить и активное использование маркетинговой стратегии «цена на наводящий товар», при которой практикой определяется ряд лекарственных препаратов, которые пользуются у потребителей повышенным спросом. Это так называемые топовые, наводящие или маркерные товары, причем в каждом населенном пункте и даже в одном районе они могут быть разными в зависимости от множества причин. Так, аптеки, расположенные около детской поликлиники, могут, опираясь на результаты собственных исследований, определить, что в сезон простуды наивысшим спросом пользуются определенные препараты для облегчения симптомов больного горла, которые рекомендуют рабо-

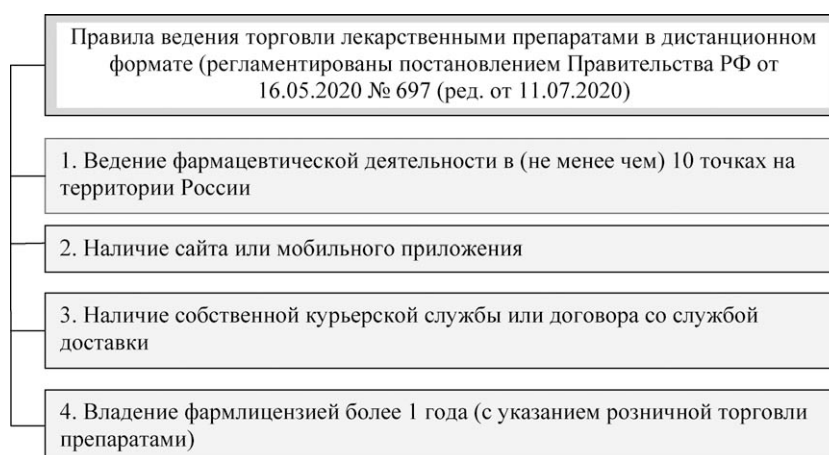


Рис. 4. Правила ведения торговли в дистанционном формате.

тающие в поликлинике врачи. Или, допустим, значительной популярностью у определенной категории людей пользуется «Но-шпа». В связи с этим с целью привлечения клиентов цена на такие маркерные товары устанавливается с минимальной наценкой, в то время как на сопутствующие лекарственные средства (например, парацетамол, раствор для промывания носовой полости) наценку можно и увеличить, но не очень существенно, чтобы не потерять лояльность потребителя. Здесь присутствует психологический аспект: покупатель вряд ли уйдет в другую аптеку при минимальных наценках, но может отказаться от совершения покупки при значительном увеличении цены.

Одной из значимых причин рост рынка в 2020 г. (в денежном эквиваленте) можно назвать коронавирусную панику. Также не последнюю роль в данном вопросе сыграло и упрощение процедуры приобретения лекарств: появилась возможность приобретать лекарственные препараты через интернет. Процесс организации продаж осуществлялся через специальные интернет-магазины с возможностью доставки товаров до конечного потребителя (например, в приложении СБЕР ЕАПТЕКА предусмотрено два вида доставки лекарств — самовывоз и доставка курьером на дом за дополнительную оплату), что в определенной степени удовлетворяло требованиям самоизоляции. Инновационный подход в реализации лекарственных препаратов осуществлялся в соответствии с Указом Президента РФ от 17.03.2020 № 187 [2], который регламентировал ведение розничной торговли дистанционно. Правила ведения торговли в дистанционном формате вступили в силу в середине мая 2020 г. (рис. 4).

Однако стоит подчеркнуть, что данный указ касается торговли исключительно безрецептурными лекарствами. Торговля посредством интернета любыми наркотическими, психотропными лекарствами, продажа которых невозможна без предъявления рецепта, а также спиртосодержащими средствами (с четко установленной объемной долей этилового спирта не менее 25%) запрещена.

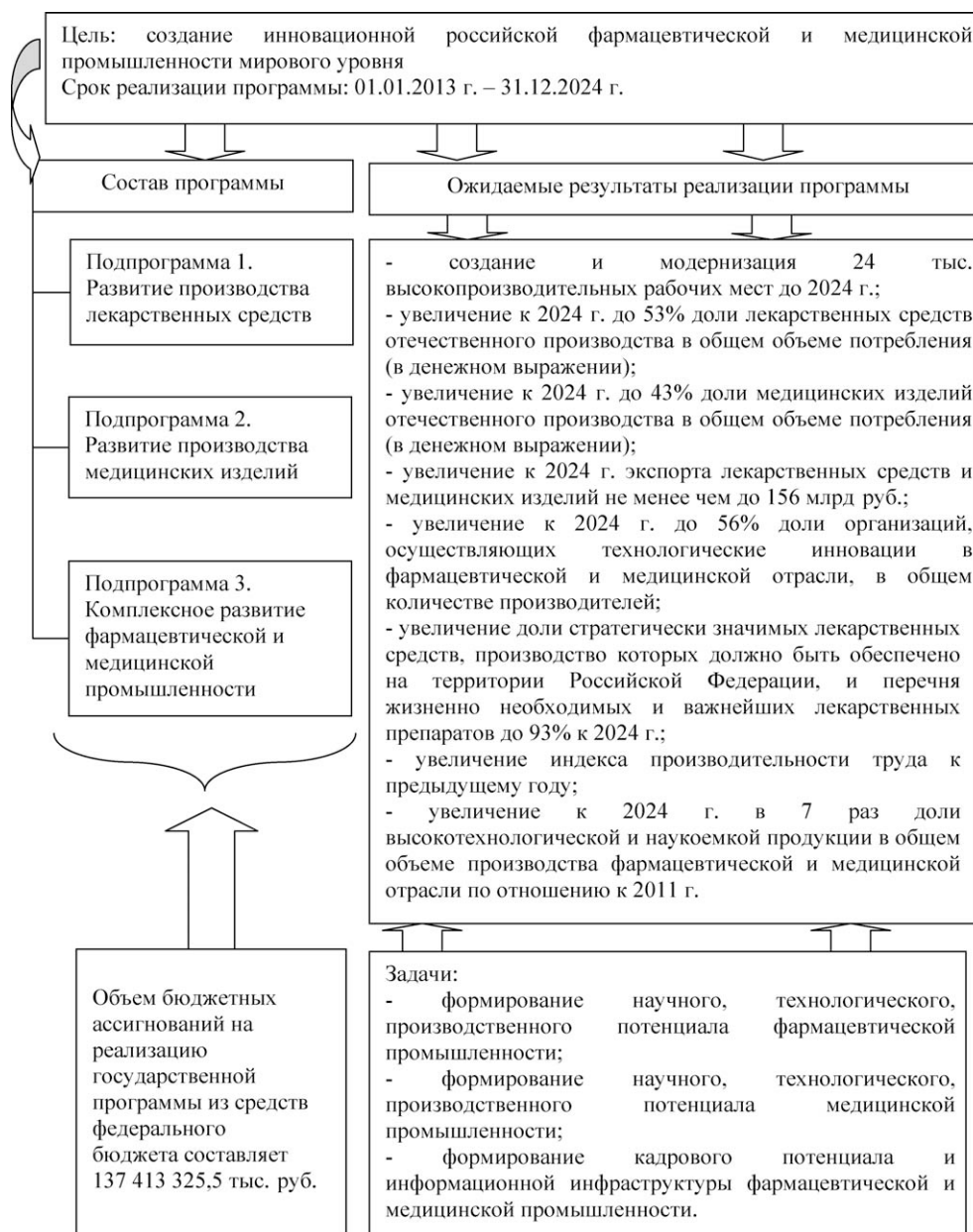


Рис. 5. Ключевые составляющие паспорта государственной программы РФ «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности».

С целью создания инновационной российской фармацевтической и медицинской промышленности мирового уровня Министерством промышленности и торговли Российской Федерации разработана государственная программа «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» (рис. 5).

В качестве перспективных направлений развития современного фармацевтического рынка стоит выделить следующие.

Трансформация условий ведения бизнеса, его цифровизация. В последнее время отмечено ужесточение требований дистрибьюторов к сетям по вопросам гарантий оплаты: сокращаются сроки товарных кредитов, увеличиваются значения авансовых платежей (наличие которых дает возможность, как показывает практика, приобретать препараты по бо-

лее конкурентоспособным ценам). Таким образом, система поставок товаров может измениться: ретейлеры будут вынуждены переходить на работы с новыми каналами поставок, например пользоваться услугами логистики смежных областей рынка. Благодаря развитию цифровой экономики и логистики аптечные сети получают возможность наладить сотрудничество с поставщиками за пределами фармацевтического рынка, а фармдистрибьюторы — осваивать новую для них сферу онлайн-продаж. Вполне возможно, что все это будет способствовать замедлению темпов роста цен в «физических» аптеках [12].

Интернет-торговля (появление интернет-аптек Arteka.ru, ЗдравСити, СБЕР ЕАПТЕКА, продвижение интернет-платформы PharmaSpace) [13]. Ключевыми в данном сегменте сегодня считаются

Здоровье и общество

Arteka.ru и ЗдравСити — крупнейшие федеральные поставщики, работающие напрямую с клиентами, которые заходят на сайт и делают заказ по ценам поставщика. Готовые заказы доставляются в аптеки-партнеры, не имеющие от выдачи заказа прямой выгоды. Но здесь можно говорить о стратегии скрытого привлечения потребителя: покупатель, приходя за заказом, может дополнительно приобрести какие-нибудь сопутствующие или «забытые» товары, в том числе обратив внимание на проходящую в аптеке рекламную акцию.

Отдельным проблемным аспектом можно считать переход отрасли на обязательную систему маркировки, что приведет к удорожанию лекарственных препаратов [14]. Особенно это актуально на фоне снижения потребительской уверенности вследствие замедления темпов роста реальной заработной платы, что негативно отразилось на объемах приобретаемых товаров. Провизоры-респонденты при опросе подчеркнули, что в последние месяцы покупатели все чаще делают «точечные» закупки, избегая комплексного лечения. И если раньше при приобретении препаратов от боли в горле покупались иммуностимулирующие препараты, растворы для промывания носовой полости, витамины, противовирусные препараты и другие сопутствующие товары, то в 2020—2021 гг. потребитель нацелен на покупку одного-двух лекарственных средств, так как полноценный комплекс стоит порядка двух тысяч рублей.

Заключение

Исследование позволяет заключить:

- вследствие влияния пандемии в 2020 г., особенно в марте-апреле, население РФ стало резко пополнять запасы лекарственных препаратов, причем как отечественных, так и импортных, отдавая предпочтение рецептурным средствам;
- продолжает активно реализовываться стратегия импортозамещения, причем это стало еще более актуальным из-за наличия печального опыта закрытия границ, что в определенной степени можно считать положительным фактом, стимулирующим развитие отечественных производителей и ориентированным на укрепление национальной безопасности страны;
- отмечены структурные сдвиги в логистических цепочках доставки лекарственных препаратов до конечного потребителя, в том числе сделан акцент на расширение интернет-торговли. Росздравнадзор к середине марта 2021 г. выдал уже 302 разрешения на дистанционную торговлю лекарствами [15];
- сокращение покупательской способности населения вследствие сложного финансово-экономического положения явилось ключевым фактором устойчивого тренда снижения объемов продаж лекарственных препаратов (после спада «ковидной паники»), а также ориента-

- ции при покупке на отход от комплексного лечения вследствие ощутимо высокой цены;
- переход к технологиям авансовых платежей раскрывает дополнительные перспективы снижения отпускных цен, что позволит продавцу выбрать более привлекательную ценовую стратегию.

Подчеркнем, что государство сегодня ориентировано на формирование инновационной российской фармацевтической и медицинской промышленности мирового уровня. Это затронет многие отрасли народного хозяйства, в частности сферу образования. Одной из задач, поставленных в государственной программе [11], является формирование кадрового потенциала, а это потребует пересмотра процесса подготовки кадров, причем не только медицинских. Переход к инновационным способам торговли невозможен без грамотного в информационной области населения, а также наличия у него соответствующих гаджетов, обеспечивающих функциональную возможность реализовывать сервисы интернет-аптек. В связи с этим возникает вполне закономерный вопрос о доступности приобретения простым потребителем соответствующей техники (на фоне инфляции, снижения покупательской способности и других негативных факторов). Все это ставит перед руководством страны новые задачи, нацеленные на комплексный подход к цифровизации общества и решению новых «социально-цифровых» проблем. В поддержке граждан, по мнению авторов, также актуальной является разработка федеральных целевых программ, направленных на реализацию механизма дотаций участникам организации цепочки продаж на фармацевтическом рынке в связи с обязательным введением маркировки товаров фармацевтической отрасли, что в перспективе может увеличить цены на лекарственные препараты.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Пандемия усилила тенденцию роста цен на лекарства и снижения их натуральных продаж. *Экономика и жизнь*. Режим доступа: <https://www.eg-online.ru/article/431939/> (дата обращения 21.04.2021).
2. Федеральные законы и Указы Президента. *Консультант плюс*. Режим доступа: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 21.04.2021).
3. Аналитический обзор. Фармацевтический рынок РФ — государство нам поможет? Национальное рейтинговое агентство. Режим доступа: <https://www.ra-national.ru/sites/default/files/Report%20NRA%20Pharma%20August%202020.pdf> (дата обращения 21.04.2021).
4. Евросоюз вновь продлил экономические санкции против России. Режим доступа: <https://www.dw.com/ru/es-vnov-prodlil-jekonomicheskie-sankcii-v-otnoshenii-rossii/a-55977121> (дата обращения 23.04.2021).
5. Аналитический отчет «Фармацевтический рынок России. Итоги 2020 г.». DSM Group. Режим доступа: https://dsm.ru/docs/analytics/2020_Report_rus.pdf (дата обращения 23.04.2021).
6. Статистика ФТС России. Официальный сайт ФТС России. Режим доступа: <https://www.customs.ru> (дата обращения 23.04.2021).
7. Приказ региональной энергетической комиссии департамента цен и тарифов Краснодарского края от 23 октября 2019 года

- № 5/2019-м «Об установлении предельных размеров оптовых надбавок и предельных размеров розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов». Режим доступа: https://rek.krasnodar.ru/upload/iblock/9fe/prikaz_5-2019-23.10.2019.pdf (дата обращения 25.04.2021).
8. Постановление Правительства РФ от 25 декабря 2017 года № 1628 «Об установлении норматива финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, на 2018 год и внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2004 г. № 864 (с изменениями на 30 ноября 2019 года)». Электронный фонд нормативных и нормативно-технических документов. Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/556169557> (дата обращения 25.04.2021).
 9. Мишустин подписал постановление о Федеральном регистре граждан, имеющих право на льготные лекарства. Агентство социальной информации. Режим доступа: <https://www.asi.org.ru/news/2020/10/13/mishustin-postanovlenie-registr-lgotnye-lekarstva/> (дата обращения 27.04.2021).
 10. В России создадут Федеральный центр планирования и организации лекарственного обеспечения граждан. Министерство здравоохранения РФ. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/news/2020/11/03/15337-v-rossii-sozdadut-federalnyy-tsentr-planirovaniya-i-organizatsii-lekarstvennogo-obespecheniya-grazhdan> (дата обращения 27.04.2021).
 11. Направление Госпрограмм / [Электрон. ресурс] // Портал Госпрограмм РФ. Режим доступа: <https://programs.gov.ru/Portal/> (дата обращения 27.04.2021).
 12. Российский фармацевтический рынок в условиях пандемии COVID-19. Пост-релиз компании infor-media Russia. Режим доступа: https://www.rlsnet.ru/news_103050.htm (дата обращения 27.04.2021).
 13. PharmaSpace «будет прирастать Сибирью». *Фармацевтический вестник*. Режим доступа: <https://pharmvestnik.ru/content/news/PharmaSpace-budet-prirastat-Sibiru.html> (дата обращения 27.04.2021).
 14. Тимченко Т. Н., Тонконог В. В., Погарская А. С., Головань Т. В., Конфино К. В.оборот лекарственных средств в Российской Федерации: таможенный аспект. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(спецвыпуск):803—9.
 15. Росздравнадзор выдал 302 разрешения на онлайн-торговлю лекарствами. *Фармацевтический вестник*. Режим доступа: <https://pharmvestnik.ru/content/news/Roszdravnadzor-vydal-302-razresheniya-na-onlain-torgovlu-lekarstvami.html> (дата обращения 27.04.2021).
 16. Мурзабаева Э. Б., Исмаилов И. З. Маркетинговая оценка препаратов, применяемых в г. Бишкек для лечения заболеваний, связанных с нарушением кислотности. *Вестник Авиценны*. 2020;22(1):67-73. Режим доступа: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-1-67-73>
 17. Эрмекова Д. У., Исмаилов И. З. Контент-анализ фармацевтического рынка нестероидных противовоспалительных препаратов групп производных уксусной кислоты в Кыргызской Республике. *Вестник Авиценны*. 2020;22(1):74-81. Режим доступа: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-1-74-81>
 3. Analytical review. The Russian pharmaceutical market — will the state help us? National Rating Agency. Available at: <https://www.na-national.ru/sites/default/files/Report%20NRA%20Pharma%20August%202020.pdf> (accessed 21.04.2021) (in Russian).
 4. The European Union has again extended economic sanctions against Russia. Available at: <https://www.dw.com/ru/es-vnov-prodlil-jekonomicheskie-sankcii-v-otnoshenii-rossii-a-55977121> (accessed 23.04.2021) (in Russian).
 5. Analytical report Pharmaceutical market of Russia. Results of 2020. DSM Group. Available at: https://dsm.ru/docs/analytics/2020_Report_rus.pdf (accessed 23.04.2021) (in Russian).
 6. Statistics of the Federal Customs Service of Russia. Official website of the Federal Customs Service of Russia. Available at: <https://www.customs.ru> (accessed 23.04.2021) (in Russian).
 7. Order of the regional Energy Commission of the Department of Prices and Tariffs of the Krasnodar Territory of October 23, 2019 No. 5/2019-m «On establishing the maximum sizes of wholesale surcharges and the maximum sizes of retail surcharges to the actual selling prices set by manufacturers of medicines included in the list of vital and essential medicines». Available at: https://rek.krasnodar.ru/upload/iblock/9fe/prikaz_5-2019-23.10.2019.pdf (accessed 25.04.2021) (in Russian).
 8. Decree of the Government of the Russian Federation No. 1628 of December 25, 2017 “On the Establishment of the standard of financial expenses per Month for One Citizen Receiving State Social Assistance in the Form of Social Services for Providing Medicines for Medical Use, Medical Devices, as well as Specialized Medical nutrition Products for Disabled Children, in accordance with the Standards of Medical care for Prescriptions of a Doctor (Paramedic), for 2018, and Amendments to the Decree of the Government of the Russian Federation of December 29, 2004. No. 864 (as amended on November 30, 2019)”. Electronic fund of normative and normative-technical documents. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/556169557> (accessed 25.04.2021) (in Russian).
 9. Mishustin signed a decree on the Federal Register of Citizens Entitled to Preferential Medicines. Agency of Social Information. Available at: <https://www.asi.org.ru/news/2020/10/13/mishustin-postanovlenie-registr-lgotnye-lekarstva/> (accessed 27.04.2021) (in Russian).
 10. In Russia, a Federal center for planning and organizing Drug Provision for citizens will be created. Ministry of Health of the Russian Federation. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/news/2020/11/03/15337-v-rossii-sozdadut-federalnyy-tsentr-planirovaniya-i-organizatsii-lekarstvennogo-obespecheniya-grazhdan> (accessed 27.04.2021) (in Russian).
 11. Direction of State Programs. Portal of State Programs of the Russian Federation. Available at: <https://programs.gov.ru/Portal/> (accessed 27.04.2021) (in Russian).
 12. Russian pharmaceutical market in the context of the COVID-19 pandemic. Post-release of infor-media Russia. Available at: https://www.rlsnet.ru/news_103050.htm (accessed 27.04.2021) (in Russian).
 13. PharmaSpace «will grow in Siberia». *Farmatsevticheskij vestnik = Pharmaceutical Bulletin*. Available at: <https://pharmvestnik.ru/content/news/PharmaSpace-budet-prirastat-Sibiru.html> (accessed 27.04.2021) (in Russian).
 14. Timchenko T. N., Tonkonog V. V., Pogarskaya A. S., Golovan T. V., Confino K. V. Turnover of medicines in the Russian Federation: customs aspect. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Health Care and The History of Medicine*. 2020;28(S):803—9 (in Russian).
 15. Roszdravnadzor issued 302 permits for online drug trade. *Farmatsevticheskij vestnik = Pharmaceutical Bulletin*. Available at: <https://pharmvestnik.ru/content/news/Roszdravnadzor-vydal-302-razresheniya-na-onlain-torgovlu-lekarstvami.html> (accessed 27.04.2021) (in Russian).
 16. Murzabaeva E. B., Ismailov I. Z. Marketing assessment of drugs used for treatment of acid-related diseases in Bishkek. *Vestnik Avitsenny = Avicenna Bulletin*. 2020;22(1):67-73. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-1-67-73>
 17. Ermekova D. U., Ismailov I. Z. Content-analysis of the pharmaceutical market of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in groups of acetic acid derivatives in the Kyrgyz Republic. *Vestnik Avitsenny = Avicenna Bulletin*. 2020;22(1):74-81. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-1-74-81>

Поступила 18.07.2021

Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. The pandemic has strengthened the trend of rising prices for medicines and reducing their natural sales. *Ekonomika i zhizn' = Economy and life*. Available at: <https://www.eg-online.ru/article/431939/> (accessed 21.04.2021) (in Russian).
2. Federal laws and Presidential Decrees. *Consultant Plus*. Available at: <http://www.consultant.ru> (accessed 21.04.2021) (in Russian).

Комаров И. А., Красильникова Е. Ю., Александрова О. Ю., Зинченко Р. А.

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ ИТОГИ ПЕРЕДАЧИ НА ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С РЕДКИМИ БОЛЕЗНЯМИ В 2019—2020 гг.

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

В последние годы для ряда жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, полномочия по лекарственному обеспечению пациентов были переданы с регионального уровня на федеральный. К таким заболеваниям относятся гемолитико-уремический синдром, мукополисахаридозы I, II, VI типа, юношеский артрит с системным началом, апластическая анемия неуточненная, наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта — Прауэра). В настоящей статье рассмотрены данные относительно гемолитико-уремического синдрома, мукополисахаридоза I, II, VI типа, юношеского артрита с системным началом — заболеваний, лекарственное обеспечение при которых было передано на федеральный уровень в первую очередь и в отношении которых на момент подготовки статьи имелись достаточные данные для анализа.

Ключевые слова: редкие заболевания; орфанные лекарственные препараты; лекарственное обеспечение; здравоохранение; бюджет; регионы.

Для цитирования: Комаров И. А., Красильникова Е. Ю., Александрова О. Ю., Зинченко Р. А. Промежуточные итоги передачи на федеральный уровень обязательств по лекарственному обеспечению пациентов с редкими болезнями в 2019—2020 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):207—210. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-207-210>

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

Komarov I. A., Krasilnikova E. Yu., Aleksandrova O. Yu., Zinchenko R. A.

THE INTERMEDIATE OUTCOMES OF DELEGATION OF OBLIGATIONS OF MEDICINAL SUPPORT OF PATIENTS WITH RARE DISEASES TO THE FEDERAL LEVEL IN 2019—2020

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

Lately, in case of a number of life-threatening and chronic progressive rare (orphan) diseases, resulting in decreasing of life expectancy of citizens or their disability, the powers to support patients with medications were transferred from regional to federal level. Among these diseases are hemolytic uremic syndrome, mucopolysaccharidose type I, II, VI, juvenile arthritis with systemic onset, unspecified aplastic anemia, hereditary deficiency of factors II (fibrinogen), VII (labile), X (Stuart-Prauer). The article considers data concerning hemolytic uremic syndrome, mucopolysaccharidosis type I, II, VI, juvenile arthritis with systemic onset — the diseases for which medication support provision was transferred to Federal level in the first place and for which at the time of preparation of the article there were sufficient data to analyze.

Keywords: rare diseases; orphan medications; medication supply; health care; budget; regions.

For citation: Komarov I. A., Krasilnikova E. Yu., Aleksandrova O. Yu., Zinchenko R. A. The intermediate outcomes of delegation of obligations of medicinal support of patients with rare diseases to the Federal level in 2019—2020. *Problemi socialnoi gigiyeni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2022;30(2):207—210 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-207-210>

For correspondence: Komarov I. A., candidate of pharmaceutical sciences, the leading 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: iliya_komarov@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 18.06.2021

Accepted 26.10.2021

Введение

Нормативно-правовое регулирование в области редких болезней началось в Российской Федерации с принятия Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в 2011 г. [1]. Оказанию медицинской помощи при таких заболеваниях посвящена ст. 44 данного закона, которая гласит:

«1. Редкими (орфанными) заболеваниями являются заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения.

2. Перечень редких (орфанных) заболеваний формируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти на основании статистических данных и размещается на его официальном сайте в сети Интернет.

3. Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, из числа заболеваний, указанных в части 2 настоящей статьи, утверждается Правительством Российской Федерации...» (далее — Перечень жизнеугрожающих редких заболеваний) [1].

Кроме того, пациенты с редкими заболеваниями, входящими в последний перечень, вносятся в соответствующий Федеральный регистр лиц, страдающих такими болезнями.

При этом нельзя не отметить важную законодательную инициативу в отношении ряда заболеваний из данного перечня. Так, в период 2018—2020 гг. было принято решение о последовательной передаче на федеральный уровень полномочий органов государственной власти регионов РФ по организации обеспечения граждан лекарственными препаратами для лечения следующих редких болезней: мукополисахаридоз I, II, VI типа, гемолитико-уремический синдром, апластическая анемия неуточненная, юношеский артрит с системным началом, наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта—Прауэра) [2, 3]. Таким образом, выделенные заболевания вошли в так называемый перечень высокочатотных нозологий, в который входят также гемофилия, муковисцидоз, гипофизарный нанизм, болезнь Гоше, злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянный склероз, а также сюда относятся лица после трансплантации органов и/или тканей. Обеспечение лекарственными препаратами при данных заболеваниях за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете, предоставляется уполномоченным федеральным органам исполнительной власти [1].

Необходимые сведения о пациентах с отмеченными выше заболеваниями, переданными на федеральное финансирование, вносятся в Федеральный регистр лиц с заболеваниями из перечня высокочатотных нозологий, регламентируемый Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.11.2018 № 1416 (ред. от 26.06.2021) «О порядке организации обеспечения лекарственными препаратами лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта—Прауэра), лиц после трансплантации органов и(или) тканей, а также о признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации».

Предполагалось, что данное решение о передаче на федеральный уровень обязательств по лекарственному обеспечению при указанных заболеваниях позволит субъектам РФ направить высвободившиеся бюджетные средства, ранее расходовавшиеся на лекарственное обеспечение перечисленных болезней, на закупку лекарственных препаратов для лечения других редких заболеваний, для которых организация лекарственного обеспечения осталась в рамках полномочий субъектов РФ [4, 5]. С другой

стороны, такая возможность не является обязательной и не закреплена законодательно. Таким образом, высвободившиеся в результате обозначенного перераспределения средства могут быть направлены на лечение других заболеваний, не относящихся к редким, или бюджет региона на лекарственное обеспечение в целом может быть сокращен.

Цель исследования — подвести промежуточные итоги передачи на федеральный уровень обязательств по лекарственному обеспечению пациентов с отдельными редкими заболеваниями в 2019—2020 гг.

Материалы и методы

В январе 2020 г. для изучения и анализа реальной ситуации и динамики основных показателей доступности медицинской помощи и лекарственного обеспечения пациентам с редкими заболеваниями в регионах Российской Федерации по инициативе Экспертного совета комитета Государственной Думы по охране здоровья по редким (орфанным) заболеваниям был организован запрос от 13.01.2020 № 3.4—13/10 в адрес глав субъектов РФ с просьбой направить в Государственную Думу РФ информацию по проблеме в формате предлагаемых стандартизированных таблиц. Целью запроса также стал анализ сформированности региональной нормативно-правовой базы и результативности передачи на федеральный уровень обязательств по лекарственному обеспечению пациентов с обозначенными выше редкими заболеваниями в 2019—2020 гг.

Важно обратить внимание, что в настоящей статье изучались данные относительно гемолитико-уремического синдрома (ГУС), мукополисахаридоза (МПС) I, II, VI типа, юношеского артрита с системным началом (ЮАС) — заболеваний, лекарственное обеспечение при которых было передано на федеральный уровень в первую очередь и для которых на момент подготовки статьи существовали достаточные для анализа данные.

Результаты исследования

В рамках настоящего исследования установлено, что в зависимости от конкретного субъекта РФ и количества пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС, проживающих в них, существуют регионы, на которые решение о последовательной передаче на федеральный уровень соответствующих полномочий по лекарственному обеспечению повлияло в большей степени. В то же время есть субъекты РФ, которые данная законодательная инициатива затронула в меньшей степени ввиду малого количества пациентов с данными заболеваниями, проживающих на соответствующих территориях (табл. 1, 2).

Представленные данные позволили установить, что передача на федеральный уровень полномочий субъектов РФ по лекарственному обеспечению не привела к «взрывному» росту количества пациентов в Федеральном регистре лиц с заболеваниями из перечня высокочатотных нозологий. В результате ко-

Здоровье и общество

Таблица 1

ТОП-20 регионов с наибольшим количеством пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС, лекарственное обеспечение которых передано на федеральный уровень

Субъект РФ	Количество пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС, переданных на федеральный уровень к 2020 г., абс. ед.	Доля пациентов с данными диагнозами в общем числе пациентов в региональном сегменте регистра к 2020 г., %
г. Москва	208	11
Московская область	87	Н/д
Нижегородская область	87	21
Краснодарский край	85	13
Республика Татарстан	73	11
Свердловская область	64	11
Ростовская область	52	14
Ставропольский край	50	16
г. Санкт-Петербург	49	5
Пермский край	44	9
Челябинская область	41	Н/д
Саратовская область	40	10
Новосибирская область	39	9
Удмуртская Республика	38	21
Вологодская область	37	12
Кемеровская область	37	12
Приморский край	36	Н/д
Волгоградская область	34	10
Республика Башкортостан	34	Н/д
Иркутская область	32	11

Примечание. Здесь и в табл. 2: Н/д — нет данных.

горта пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС за период 2018—2020 гг. выросла на 5%.

Однако в ряде регионов рост количества пациентов после соответствующей передачи организации лекарственного обеспечения граждан, страдающих ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС, оказался значительным, подтверждая тот факт, что данная законодательная инициатива позволяет субъектам РФ включать новых диагностированных пациентов с данными заболеваниями в регистр без привязки к обязательству организации лекарственного обеспечения за счет региональных бюджетных средств (табл. 3).

Совокупные расходы региональных бюджетов на лекарственное обеспечение пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС в 2018 г. в предоставивших информацию субъектах (68 регионов) составили 6 млрд руб., а заявленный дефицит — 1,1 млрд руб. Плановые федеральные расходы на ту же группу пациентов в тех же регионах в 2020 г. оценивались в 10,3 млрд руб. Значительный рост бюджетных расходов при незначительном росте количества пациентов в регистре связан с увеличением уровня обеспеченности пациентов необходимым патогенетическим лечением. Так, в указанных регионах в 2018 г. из 1613 пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС, включенных в федеральный регистр, были обеспечены терапией только 855 человек. На примере отдельных регионов можно показать низкий уровень обеспеченности патогенетическими лекарственными препаратами пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС в 2018 г. и значительный рост бюджетных расходов на этих пациентов при передаче полномочий относительно лекарственного обеспечения на федеральный уровень (табл. 4).

Таблица 2

ТОП-20 регионов с наименьшим количеством пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС, лекарственное обеспечение которых передано на федеральный уровень

Субъект РФ	Количество пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС, переданных на федеральный уровень к 2020 г., абс. ед.	Доля пациентов с данными диагнозами от общего числа пациентов в региональном сегменте регистра к 2020 г., %
г. Севастополь	1	3
Костромская область	1	2
Ненецкий автономный округ	1	50
Магаданская область	2	8
Республика Ингушетия	2	11
Карачаево-Черкесская Республика	3	3
Республика Алтай	3	18
Республика Калмыкия	3	17
Республика Мордовия	3	2
Камчатский край	4	11
Республика Адыгея	4	12
Республика Тыва	4	Н/д
Ивановская область	5	5
Новгородская область	5	Н/д
Пензенская область	6	3
Республика Бурятия	7	6
Республика Марий Эл	8	15
Сахалинская область	8	5
Псковская область	9	10
Ямало-Ненецкий автономный округ	9	11

Уровень обеспеченности необходимым патогенетическим лечением пациентов с заболеваниями из Перечня жизнеугрожающих редких заболеваний в регионах РФ в 2018 г. составил 58% лиц, включенных в регистр. При принятии решения о федерализации лекарственного обеспечения пациентов с отдельными нозологиями из числа данных редких болезней законодатели ожидали увеличения уровня обеспеченности в регионах пациентов с теми заболеваниями из Перечня жизнеугрожающих редких заболеваний, лекарственное обеспечение при которых осталось полномочием субъектов РФ, за счет целевого перераспределения высвободившихся в результате федерализации финансовых средств. Однако планируемый регионами в 2020 г. уровень обеспеченности лекарственными препаратами пациентов с заболеваниями из Перечня жизнеугрожающих редких заболеваний

Таблица 3

ТОП-10 регионов по приросту пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС в регистре в период 2018—2020 гг.

Субъект РФ	Всего пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС в 2018 г., абс. ед.	Всего пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС в 2020 г., абс. ед.
Брянская область	18	26
Вологодская область	28	37
г. Москва	129	208
Калининградская область	7	17
Краснодарский край	56	85
Приморский край	25	36
Республика Крым	4	18
Тверская область	17	30
Тюменская область	23	32
Удмуртская Республика	28	38

Динамика внесения пациентов в регистр, обеспеченность лекарственными препаратами и объемы финансирования пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС в ряде регионов в 2018 и 2020 гг.

Субъект РФ	Число пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС в регистре в 2018 г., абс. ед.	Число пациентов с ГУС, МПС I, II, VI типа, ЮАС в регистре, получающих терапию в 2018 г., абс. ед.	Объем финансирования в 2018 г. за счет средств регионального бюджета, руб.	Динамика числа пациентов в регистре к 2020 г., абс. ед.	Плановый объем финансирования в 2020 г. за счет средств федерального бюджета, руб.
г. Санкт-Петербург	60	5	183 942 253	-11	647 557 623
Иркутская область	32	7	72 386 060	0	160 926 164
Кемеровская область	42	21	24 273 016	-5	46 163 932
Республика Татарстан	83	4	48 740 898	-10	262 063 471
Тульская область	23	10	11 074 001	-5	37 226 451

ющих редких заболеваний составил те же 58%, как и в 2018 г., при этом, по данным субъектов РФ, рост количества таких пациентов в регистре в 2018—2020 гг. составил 2%.

Заключение

Практика лекарственного обеспечения пациентов с заболеваниями из Перечня жизнеугрожающих редких заболеваний показывает важность привлечения средств федерального бюджета. Для пациентов с такими редкими заболеваниями лекарственное обеспечение, организованное на федеральном уровне, стабильнее и более предсказуемо, чем обеспечение за счет средств бюджета региона РФ по месту проживания. Наблюдается значительный рост расходов федерального бюджета при незначительном росте числа пациентов в федеральном регистре, что связано с увеличением затрат на необходимое патогенетическое лечение, которым не были обеспечены пациенты на региональном уровне.

Однако для пациентов с редкими болезнями, лекарственное обеспечение которых осталось полномочием субъектов РФ, не произошло ожидаемого увеличения обеспеченности лекарствами за счет перераспределения выделявшихся финансовых средств. При этом на федеральном уровне отсутствуют механизмы влияния на финансирование лекарственного обеспечения пациентов с редкими болезнями за счет бюджетов субъектов РФ, поскольку данные обязательства являются полномочием субъектов РФ.

Для обеспечения системного подхода к повышению доступности медицинской помощи пациентам с редкими болезнями целесообразно создание на федеральном уровне не только для заболеваний, входящих в Федеральный регистр, механизма контроля за лекарственным обеспечением и организацией медицинской помощи, но и для других редких болезней. Необходима разработка Дорожной карты и Федеральной программы по редким болезням в целом, позволяющих в несколько этапов создать современную устойчивую систему профилактики, диагностики, организации медицинской помощи и лекарственного обеспечения пациентов с редкими заболеваниями, проживающих на территории РФ.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. 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 20.03.2021).
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 20.11.2018 № 1390 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросам совершенствования лекарственного обеспечения». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72008856/> (дата обращения 02.09.2020).
3. Федеральный закон от 27.12.2019 № 452-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_341765/ (дата обращения 02.09.2020).
4. Соколов А. А., Александрова О. Ю. Нормативно-правовое регулирование медицинской помощи пациентам с редкими заболеваниями. Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2019;(7—8):3—16. doi: 10.26347/1607-2502201907-08003-016
5. Комаров И. А., Красильникова Е. Ю., Селезнев Г. И. Финансирование в субъектах РФ лекарственного обеспечения пациентов с жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности. Актуальность стандартизации финансирования с участием бюджетов федерального и регионального уровней. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2019;(7—8):86—98. doi: 10.26347/1607-2502201907-08086-098

Поступила 18.06.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Federal Law N 323 of November 21, 2011 «On the basic principles of public health care of citizens in the Russian Federation». Available at: <https://base.garant.ru/57499516/> (accessed 28.11.2021) (in Russian).
2. Decree of the Government of the Russian Federation N 1390 of November 20, 2018 «On amendments to certain acts of the Government of the Russian Federation on the issues of drug provision improvement». Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72008856/> (accessed 28.11.2021) (in Russian).
3. Federal Law N 452 of December 27, 2019 «On amendments to Federal Law «On the basic principles of public health care of citizens in the Russian Federation». Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_341765/ (accessed 28.11.2021) (in Russian).
4. Sokolov A. A., Aleksandrova O. Yu. Legal regulation of medical care to patients with rare diseases. Standards of medical care and clinical guidelines. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni* = *Health Care Standardization Problems*. 2019;(7—8):3—16. doi: 10.26347/1607-2502201907-08003-016
5. Komarov I. A., Krasilnikova E. Yu., Seleznev G. I. The financing of drug coverage for patients with life-threatening and chronic progressive rare (orphan) diseases resulting in reduced life expectancy or disability of citizens in the regions of the Russian Federation. The importance of standardization of the financing with the involvement of federal and regional budgets. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni* = *Health Care Standardization Problems*. 2019;(7—8):86—98. doi: 10.26347/1607-2502201907-08086-098

Груздева А. А., Хохлов А. Л., Ильин М. В.

СОСТОЯНИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ВЕКТОРЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНА С НИЗКОЙ ПЛОТНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, 150000, г. Ярославль

Проведено исследование с целью оценки состояния и определения современных векторов развития кардиологической помощи в условиях региона с низкой плотностью населения. База исследования — система здравоохранения Костромской области. Информационно-методическую основу составили специально проведенные исследования (n=1400) пациентов в возрасте от 18 до 80 лет. Использовались совокупность методов исследования. Определены основные векторы современного развития кардиологической службы: региональный автоматизированный мониторинг состояния качества кардиологической помощи с оперативным анализом его потенциала по 25 сопряженным факторам, внедрение технологии управления непрерывным формированием потенциала качества медицинской помощи по предложенному алгоритму, внедрение схемы принятия решений с выделением 10 вариантов достижения результативности медицинской помощи по 4 критериям (выполнение стандарта, достижение клинического результата, удовлетворенность пациента, экономия ресурсов), реализация персонализированного подхода к ведению пациентов.

Ключевые слова: кардиологическая помощь; организация помощи; пациенты; модель оценки рисков снижения качества.

Для цитирования: Груздева А. А., Хохлов А. Л., Ильин М. В. Состояние и современные векторы развития кардиологической помощи в условиях региона с низкой плотностью населения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):211—216. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-211-216>

Для корреспонденции: Груздева Анна Андреевна, канд. мед. наук., ассистент кафедры терапии имени профессора Е. Н. Дормидонтов ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, e-mail: gruzdeva-anna@mail.ru

Gruzdeva A. A., Khokhlov A. L., Ilyin M. V.

THE STATE AND ACTUAL VECTORS OF DEVELOPMENT OF CARDIOLOGIC CARE IN CONDITIONS OF REGION WITH LOW DENSITY OF POPULATION

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Yaroslavl State Medical University” of Minzdrav of Russia, 150000, Yaroslavl, Russia

The study was carried out to assess the state of cardiologic care and to determine current vectors of its development in the region with low population density. The health care system of the Kostroma Oblast was determined as research base. The information and methodological foundation of the study was compiled according results of special studies of patients aged from 8 to 80 years (n=1,400). The combination of research methods was implemented. The main vectors of the modern development of the cardiology service are identified: regional automated monitoring of quality of cardiologic care with operational analysis of its potential by 25 conjugated factors; implementation of continuous quality management technology according proposed algorithm; implementation of the decision-making scheme with allocation of 10 alternatives of achieving effectiveness of medical care according 4 criteria (standard performance, clinical result achievement, patient satisfaction, resources saving); implementation of personalized approach to patient management.

Key words: cardiologic care; care organization; patient; satisfaction; quality degradation risks assessment model.

For citation: Gruzdeva A. A., Khokhlov A. L., Ilyin M. V. The state and actual vectors of development of cardiologic care in conditions of region with low density of population. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2022;30(2):211—216 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-211-216>

For correspondence: Gruzdeva A. A., candidate of medical sciences, the assistant of the Prof. E. N. Dormidontov Chair of Therapy of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Yaroslavl State Medical University”. e-mail: gruzdeva-anna@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 10.07.2021
Accepted 26.10.2021

Введение

Жизнь и здоровье человека в современном мире являются важнейшими ценностями и базой для формирования человеческого капитала — основы устойчивого развития стран [1—3]. По прогнозным оценкам, в ближайшие десятилетия ожидается увеличение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний вследствие роста распространенности факторов их риска, напряженного и интенсивного темпа жизни со всеми вытекающими последствиями, а также увеличения доли пожилого населения [4, 5]. В рамках борьбы с сердечно-сосудистыми заболева-

ниями проводится широкомасштабная работа. При этом возникают новые проблемы, в том числе связанные с внедрением персонализированного подхода. В указе Президента Российской Федерации от 01.12.2016 № 642 «О Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации» в числе приоритетных направлений научно-технологического развития страны на ближайшие 10—15 лет определено «внедрение персонализированной медицины и высокотехнологичного здравоохранения» [6—8].

Несмотря на многочисленность проведенных научных исследований по проблемам качества меди-

цинской помощи, отсутствуют работы, предлагающие интегральные модели оценки риска снижения качества медицинской помощи, в том числе кардиологического профиля, а также модели дифференцированного прогноза риска его снижения на основе факториальной зависимости. Представляется целесообразным проведение комплексного исследования качества и результативности кардиологической помощи, предполагающего получение комплексной информации о рисках снижения качества медицинской помощи в современных условиях на региональном уровне и факторах, определяющих их реализацию.

Цель исследования — на основе комплексного исследования оценить состояние и определить современные векторы развития кардиологической помощи в условиях региона с низкой плотностью населения.

Материалы и методы

Базой исследования стала система здравоохранения Костромской области. Информационно-методическую основу исследования составили специально проведенные исследования ($n=1400$) пациентов в возрасте от 18 до 80 лет с установленными диагнозами артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (ИБС: стенокардия напряжения, острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия) по классификации Всемирной организации здравоохранения / Медицинского общества по артериальной гипертензии (ВОЗ/МОАГ, 2004), обратившихся за медицинской помощью в медицинские организации г. Костромы и Костромской области. В исследование включались

пациенты, подписавшие информированное согласие на участие.

Исследование проведено в рамках программы научных исследований ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» (ЯГМУ) Минздрава России, протокол и дизайн исследования были утверждены этическим комитетом (протокол № 21 от 08.02.2018).

В исследование были включены 200 человек, среди которых мужчин было 116 (58,0%), женщин — 84 (42,0%), средний возраст составил $61,4 \pm 0,6$ года. Рандомизированы 157 больных различными формами ИБС. Группу сравнения составили 43 добровольца без ИБС, сопоставимые по полу и возрасту с пациентами группы наблюдения. Ретроспективную группу (случаи оказания помощи) составили 1200 пациентов, проспективную — 200 (табл. 1). В проспективную группу вошли 116 (58,8%) мужчин и 84 (42,0%) женщины, средний возраст — $61,5 \pm 9,7$ года. Пациенты этой группы были разделены на три подгруппы по уровню суммарного сердечно-сосудистого риска, оцененного по методике Толпыгиной—Марцевича [9].

Клиническая характеристика обследованных больных представлена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, процент сосудистых осложнений был выше в группе высокого риска и еще выше в группе очень высокого риска.

Использовались совокупность методов исследования: анализа литературы, системного и логического анализа, собственных социологических (мониторинговый, экспертных оценок, контент-анализ, анкетирование, сравнительный анализ), статистических (группировка, ранжирование, корреляционный), фармакоэкономических («затраты — эффективность», ABC/VEN-DDD-анализ, минимизация затрат), организационно-функционального моделирования [10—16].

Для решения задачи оценки состояния результативности медицинской помощи и организации работы службы клинической фармакологии пациентам кардиологического профиля на территории Костромской области использовались следующие источники информации: 1. Результаты выкопировки статистических данных о состоянии здоровья населения Костромской области с использованием программ «MedSTAT» (по отчетным формам № 12,

Таблица 1
Распределение участников исследования по группам

Группа	Число больных, n (%)
Ретроспективная группа кардиологических больных стационара	200 (14,3)
Ретроспективная группа амбулаторных больных	400 (28,6)
Ретроспективная группа больных этапа скорой медицинской помощи	400 (28,6)
Ретроспективная группа больных, проходивших реабилитационное лечение по профилю Кардиология	200 (14,3)
Проспективная группа кардиологических больных стационара (с проведением генетического анализа)	200 (14,3)

Таблица 2

Клиническая характеристика больных

Показатель	Общая подгруппа ($n=200$)	Подгруппа 1 — очень высокий риск ($n=36$)	Группа 2 — высокий риск ($n=86$)	Группа 3 — умеренный риск ($n=78$)
Возраст, лет	$61,5 \pm 9,7$	$62,1 \pm 11,0$	$62,4 \pm 10,3$	$60,1 \pm 7,9$
Женщины, n (%)	84 (42,0)	19 (52,8)	29 (33,7)	36 (46,1)
Средний возраст женщин, годы	$65,9 \pm 9,1$	$64,8 \pm 10,0$	$66,8 \pm 9,5$	$65,9 \pm 7,7$
Мужчины, n (%)	116 (58,0)	17 (47,2)	57 (66,3)	42 (53,9)
Средний возраст мужчин, годы	$58,2 \pm 10,3$	$59,1 \pm 11,9$	$60,3 \pm 11,2$	$55,1 \pm 8,0$
Хроническая сердечная недостаточность, n (%)	108 (54,0)	32 (88,9)	60 (79,8)	16 (20,5)
Гипертоническая болезнь, n (%)	174 (87,0)	34 (94,4)	78 (90,7)	62 (79,5)
Постинфарктный кардиосклероз, n (%)	49 (24,5)	24 (66,7)	25 (29,0)	0
Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, n (%)	14 (7,0)	9 (25,0)	5 (5,8)	0
Атеросклероз различных сосудистых бассейнов, n (%)	55 (27,5)	13 (36,1)	37 (43,0)	5 (6,4)

14, 30), материалы статистических ежегодных сборников и ежегодных докладов руководителей органов управления о социально-экономическом развитии территории, состоянии здоровья населения, развитии здравоохранения.

2. Данные социологического опроса.

3. Данные экспертной оценки состояния результативности, качества медицинской помощи и фармакотерапии пациентам с кардиологическими заболеваниями на разных этапах ее оказания. Оценивалось фактическое состояние качества медицинской помощи, частота дефектов, их причины. Проведен анализ результативности кардиологической помощи на разных ее этапах. Оценка результативности проводилась по критериям, отраженным в клинических рекомендациях. Эти данные позволили: выделить две когорты случаев: с неоптимальной результативностью (338 случаев) и с оптимальной результативностью (1062 случая) — и выделить 10 вариантов достижения результативности помощи.

4. Данные фармакоэкономического анализа. За методическую основу определения уровня средних (нормативных) затрат взята методика клинко-статистических групп (КСГ) [16]. Фармакоэкономическое исследование с применением общепринятых методов — «затраты — эффективность», ABC/VEN-DDD-анализа.

Для решения задачи оценки частоты, структуры и значимости факторов риска снижения результативности, качества медицинской помощи и организации работы службы клинической фармакологии использовался мониторинговый метод на основе автоматизированной платформы «Управление факторами результативности медицинской помощи кардиологического профиля» [17, 18]. Проведен анализ частоты факторов в двух группах сравнения: в группе случаев лечения больных, завершившихся положительным (оптимальным) результатом (выздоровлением, улучшением состояния, снижения числа обострений — «группа положительного результата» — ГПР; $n=304$), и в группе случаев лечения больных, завершившихся с неоптимальным результатом (ухудшением состояния больного, учащением случаев обострения, повторной госпитализацией, инвалидностью, смертью — «группа отрицательного результата» — ГОР; $n=96$). Эти данные составляют основу для построения модели факторной обусловленности реализации риска снижения качества и результативности кардиологической помощи в региональных условиях.

При проведении статистической обработки осуществлялась проверка нормальности распределения количественных признаков. Для сравнения двух независимых групп по одному признаку был использован классический критерий χ^2 Пирсона с применением поправки Йейтса. Проводился расчет интенсивных показателей, нормирующей величины, нормированных интенсивных показателей, прогностических коэффициентов, графический анализ. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Анализ данных экспертной оценки показал, что, несмотря на увеличение объема оказываемой помощи, результативность работы кардиологической службы Костромской области является недостаточной: на уровне взрослых поликлиник коэффициент результативности (при оптимальном значении 1,0) составляет в среднем $0,6 \pm 0,15$, по скорой медицинской помощи — в среднем $0,7 \pm 0,9$, по профильным отделениям стационаров — $0,7 \pm 1,6$, по отделениям реабилитации — $0,8 \pm 0,8$.

Установлено 10 возможных вариантов достижения результативности медицинской помощи:

группа 1 — полное выполнение стандарта, сопровождающееся положительным клиническим результатом, удовлетворенностью пациента, экономией ресурсов;

группа 2 — полное выполнение стандарта, сопровождающееся положительным клиническим результатом, удовлетворенностью пациента на фоне перерасхода ресурсов;

группа 3 — полное выполнение стандарта, сопровождающееся положительным клиническим результатом, экономией ресурса, неудовлетворенностью пациента;

группа 4 — полное выполнение стандарта, сопровождающееся отрицательным клиническим результатом, неудовлетворенностью пациента, экономией ресурсов;

группа 5 — полное выполнение стандарта, сопровождающееся отрицательным клиническим результатом, неудовлетворенностью пациента, перерасходом ресурсов;

группа 6 — неполное выполнение стандарта, сопровождающееся положительным клиническим результатом, удовлетворенностью пациента, экономией ресурсов;

группа 7 — неполное выполнение стандарта, сопровождающееся положительным клиническим результатом, удовлетворенностью пациента на фоне перерасхода ресурсов;

группа 8 — неполное выполнение стандарта, сопровождающееся положительным клиническим результатом, экономией ресурса, неудовлетворенностью пациента;

группа 9 — неполное выполнение стандарта, сопровождающееся отрицательным клиническим результатом, неудовлетворенностью пациента, экономией ресурсов;

группа 10 — неполное выполнение стандарта, сопровождающееся отрицательным клиническим результатом, неудовлетворенностью пациента, перерасходом ресурсов.

Такая группировка может быть использована экспертами качества медицинской помощи при решении вопросов наложения штрафных санкций на медицинские организации, а менеджментом — для управления медицинских организаций для дифференцированного подхода к поощрению и наложению взысканий на медицинских работников. От-

клонение от стандарта не должно рассматриваться как абсолютный критерий оценки оказания кардиологической помощи.

Оптимальный результат кардиологической помощи, по данным экспертной оценки, достигнут у 65,1% пациентов. Наибольшая результативность отмечена на санаторном этапе (88,5%), а наиболее низкая — на амбулаторном (70,0%). Более чем в половине (56,5%) случаев неблагоприятный исход можно было бы предотвратить за счет своевременной оценки и коррекции возможных рисков для конкретного пациента, что определяет необходимость их четкой и своевременной идентификации.

На основе использования оригинальной автоматизированной программы мониторинга факторов установлено, что результативность кардиологической помощи обусловлена медико-социальными факторами на 32%, технологическими — на 20%, инфраструктурными — на 16%, фармакоэкономическими — на 16%, ситуационными — на 12%, генетическими — на 4%.

По данным фармакоэкономического анализа, затраты на лекарственную составляющую оказания помощи превышают 10% общих затрат, но эффективность медикаментозной терапии недостаточная: 58% на стационарном и 37% на амбулаторном этапах. В наиболее затратной группе А (по данным ABC/VEN-анализа) на жизненно важные лекарственные препараты приходится 47% наименований, на необходимые — 22,7%. По результатам преемственности назначений лекарственных средств между стационаром и амбулаторным звеном отмечается высокая доля (23%) не относящихся к группе V, преобладающая доля (77,8%) дженериков, 22% которых находятся на низкой ценовой позиции.

Установлено, что имеет место избыток медикаментозных назначений, определяющий высокий процент опасных (8,3%) и значимых (73,8%) лекарственных взаимодействий. При этом показатель спонтанных сообщений о нежелательных и побочных реакциях, будучи одним из управляемых и эффективных маркеров качества оказания медицинской помощи в случае эффективной организации работы системы, за последние 3 года составляет 19,5% от должного (80 обращений вместо 410), что свидетельствует о недостаточности фармаконадзора. Установлено, что современный стандарт оказания медицинской помощи не имеет достаточной доказательности: включены препараты с недоказанной эффективностью для данной нозологии (50%), в связи с чем стандарты требуют доработки по включению препаратов с доказанной эффективностью.

Фармакогенетические исследования показали, что генетические факторы имеют значение в развитии осложнений, что требует персонализированного подхода к ведению таких больных, особенно имеющих очень высокий и высокий риск фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий в отдаленном периоде. Выявлена прямая корреляционная связь групп сердечно-сосудистого риска с генами *eNOS rs1799983* ($r=0,35$; $p<0,0001$) и *AGTR2 rs1403543*

($r=0,27$, $p<0,0001$). Выявлена и ранжирована корреляционная связь с лабораторными показателями, характеризующими состояние системы гемостаза: фактора фон Виллебранда и гена *eNOS rs1799983* ($r=0,64$, $p<0,001$); фактора фон Виллебранда и гена *AGTR2 rs1403543* ($r=0,47$; $p<0,001$); показателя активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) и гена *AGTR2 rs1403543* ($r=-0,21$; $p<0,05$), что необходимо учитывать при ведении пациентов, проводить данное исследование для прогнозирования риска сердечно-сосудистых осложнений в долгосрочном периоде наблюдения. Определение полиморфизма гена *CYP2D6*, частота встречаемости которого у пациентов с полипрагмазией составляет 28,2%, позволяет индивидуально корректировать дозу β -адреноблокаторов, тем самым влияя на частоту развития побочных эффектов.

Данные опроса пациентов свидетельствуют о том, что повышение приверженности пациентов терапии способствует усилению фармакологического эффекта препаратов и улучшению качества жизни. За период 12 мес отмечено повышение приверженности лечению на 21,8% по отношению к исходному уровню, максимально выраженное в группе очень высокого риска. Благодаря партнерскому типу взаимоотношений «врач—пациент» рекомендации врача для выбора терапии занимают первое место, приобретаемая еще большее значение в динамике ($4,89\pm 0,1$ против $4,7\pm 0,15$ балла).

По данным опроса пациентов установлено, что ведущими медико-социальными проблемами обеспечения качества и результативности медицинской помощи являются высокая доля пациентов с низким уровнем мотивации к успеху в лечении и уровнем лечебной информированности, низкая доля пациентов с ценностной ориентацией на здоровье, увеличение доли лиц 50 лет и старше, высокая доля пациентов с тяжелым материальным положением.

Полученные данные позволили предложить концепцию персонализированной стратегии управления рисками для кардиологического больного, новизна которой заключается в индивидуальном решении влияния различных факторов на каждого конкретного пациента, обеспечивающая решение поставленных задач с учетом территориальной удаленности. Улучшение состояния здоровья каждого конкретного пациента повышает качество помощи кардиологического профиля в регионе и улучшает демографические показатели. Апробация данной модели с использованием математических и статистических методов, не учтенных еще в настоящее время в клинических рекомендациях, позволила снизить количество неблагоприятных исходов при оказании помощи кардиологическим больным в 1,7 раза.

Определены основные векторы современного развития кардиологической службы:

1. Проведение регионального автоматизированного мониторинга состояния качества кардиологической помощи с оперативным анализом его потенциала по 25 сопряженным факторам

медико-социального, институционального и технологического порядка (Патент на изобретение № 2018612060), внедрение DDD-анализа для коррекции и контроля за рациональным применением лекарственных средств, мониторинга нежелательных реакций, оценить которые можно по разработанной в исследовании методике количественной оценки, включающей перечень параметров оценки, матрицу индикации реализованности потенциала, типовую методику формирования индивидуальной программы повышения потенциала.

2. Внедрение технологии управления непрерывным формированием потенциала качества медицинской помощи по предложенному алгоритму, включающему три шага: 1-й шаг — мониторинг и оценка факторов управления, 2-й шаг — получение ожидаемой величины показателя эффективности по соответствующей модели при максимальных градациях факторов управления, 3-й шаг — выяснение по шкале интенсивности, в каком диапазоне будет находиться полученная величина, и оценка степени ожидаемого управляющего эффекта.
3. Рекомендация балльной схемы принятия решений с выделением 10 вариантов достижения результативности медицинской помощи по четырем критериям (выполнение стандарта, достижение клинического результата, удовлетворенность пациента, экономия ресурсов).
4. Использование при анализе качества оказания медицинской помощи кардиологическим больным семи базовых критериев оценки потенциала качества, установленных в исследовании (данных экспертной оценки состояния медицинских услуг на разных этапах оказания помощи, опроса об удовлетворенности пациентов медицинской помощью, анализа жалоб, оценки качественных характеристик медработников, сведений о материально-техническом обеспечении, о частоте медико-социальных, институциональных и технологических факторов качества и результативности помощи, прогностической оценки по факторам качества и результативности помощи).
5. Реализация персонифицированного подхода к ведению пациентов, имеющих полиморфизм генов *eNOS rs1799983* и *AGTR2 rs1403543*, ассоциированный с высоким риском тромбоэмболических осложнений, в оценке суммарного сердечно-сосудистого риска для отдаленного прогноза.
6. Контроль выполнения клинических рекомендаций, касающихся назначения статинов при остром коронарном синдроме.
7. В связи с низкой приверженностью лечению сердечно-сосудистой патологии (артериальной гипертензии, ИБС, фибрилляции предсердий) проведение в полном объеме мероприятий, направленных на повышение эффективности терапии за счет повышения комплаент-

ности, в том числе с использованием возможностей персонализированной медицины (оценка межлекарственного взаимодействия с применением специализированных программ, фармакогенетическое исследование).

Выводы

1. Выявленные в ходе исследования данные о совпадающих и различающихся дефектах оказанных медицинских услуг, ранжировании рисков снижения качества кардиологической помощи по частоте, по данным консолидированной оценки потребителями, производителями этих услуг и экспертами могут составить теоретическую основу формирования территориальных целевых программ управления качеством медицинской помощи в системе медицинского страхования.
2. Разработанная модель оценки рисков снижения качества и результативности медицинской помощи с алгоритмом экспертных решений позволит усовершенствовать систему принятия решений, повысить преемственность медицинских организаций различного уровня.
3. Данная модель может быть экстраполирована на региональном уровне и на другой профиль. Система оценки позволяет более рационально подходить к лекарственному обеспечению медицинских организаций, оснащению оборудованием, подготовке кадров. Предложенная модель отвечает требованиям современного здравоохранения.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Богма К. А. Процессно-ориентированный подход в повышении эффективности управления качеством медицинской помощи. *Человек и общество*. 2017;1(2):28—31.
2. Блинов С. В. Актуальные вопросы обеспечения качества и безопасности медицинской помощи. *Экономические науки*. 2018;160:41—4.
3. Гурова И. Е., Трофимова С. В. Актуальность разработки и внедрения системы менеджмента качества в учреждениях здравоохранения. *Современные научные исследования и инновации*. 2017;72(4):511—2.
4. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 22 февраля 2017 г. № 45 «О внесении изменений в порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230». *Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации*. 2017;(3):70—3.
5. Хафизов М. Г. Современные подходы к формированию системы менеджмента качества и стандартизации процессного подхода в управлении медицинскими организациями. *Сибирская финансовая школа*. 2017;123(4):112—9.
6. Barach P., Small S. D. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*. 2015;320:759—63.
7. Batalden P. B., Davidoff F. What is quality improvement' and how can it transform healthcare? *Qual. Saf. Health Care*. 2015;16(1):2—3.
8. Wachter R. M., Pronovost P., Shekelle P. Strategies to improve patient safety: the evidence base matures. *Ann. Intern. Med.* 2013 Mar 5;158(5):350—2.

9. Толпыгина С. Н., Марцевич С. Ю., Деев А. Д. Способ определения долгосрочного риска смерти и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений у больных хронической ишемической болезнью сердца. Патент России RU 2649964 C1. 2018. Бюл. 10.
10. Отдельнова К. А. Определение необходимого числа наблюдений в комплексных социально-гигиенических исследованиях. В кн.: Комплексные социально-гигиенические и клинико-социальные исследования: Труды 2-го МРГМИ. М.; 1980. Т. 6. С. 18—22.
11. Кучеренко В. З. Программы и методики комплексных социально-гигиенических исследований: Монография. Москва — Иваново: МИК; 2011. 440 с.
12. Бойцов С. А., Демкина А. Е., Ощепкова Е. В., Долгушева Ю. А. Достижения и проблемы практической кардиологии в России на современном этапе. *Кардиология*. 2019;59(3):53—9.
13. Герасимов В. Б., Хохлов А. Л., Карпов О. И., Раков А. А., Лисенкова Л. А., Мalygin A. Yu., Синицина О. А., Ерегин С. Я., Степанов И. О., Мельникова Ю. Е., Кондарева Е. А., Яворский А. Н. Фармакоэкономика и фармакоэпидемиология — практика приемлемых решений. Учебное пособие для слушателей последипломного образования. М.: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, ФГУ Научный центр экспертизы средств медицинского применения; 2005.
14. Хохлов А. Л., Яворский А. Н., Игнатъев В. С., Синицина О. А., Степанов И. О., Воронина Е. А., Мельникова Ю. Е. Культура безопасности лекарственной терапии: Монография. Ярославль: Ремдер; 2011. 156 с.
15. Петров В. И., Шишиоров И. Н., Магницкая О. В., Толкачев Б. Е. Персонализированная медицина: эволюция методологии и проблемы практического внедрения. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2016;57(1):3—11.
16. Шляхто Е. В. Трансляционная медицина — эффективная модель развития кардиологии и путь к персонализированной медицине. *Клиническая и экспериментальная хирургия*. 2014;1(3):5—8.
17. Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12 декабря 2017 г. № 14531/26—2/и «О направлении расшифровок клинико-статистических групп для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования». Режим доступа: <https://base.garant.ru/71846176/>
18. Груздева А. А., Харитоновна Е. А., Мотылева Е. А., Орлов А. А., Мухников Д. Л., Дроздова Т. С. Управление факторами результативности медицинской помощи кардиологического профиля. Программа для ЭВМ. Патент России № 2018612060. 2018. Бюл. № 2.
19. Толпыгина С. Н., Марцевич С. Ю., Деев А. Д. Способ определения долгосрочного риска смерти и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений у больных хронической ишемической болезнью сердца. Патент России RU 2649964 C1. 2018. Бюл. 10.
20. Khafizov M. G. Modern approaches to the formation of a quality management system and standardization of the process approach in the management of medical organizations. *Sibirskaya finansovaya shkola = Siberian Financial School*. 2017;123(4):112—9 (in Russian).
21. Barach P., Small S. D. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*. 2015;320:759—63.
22. Batalden P. B., Davidoff F. What is quality improvement' and how can it transform healthcare? *Qual. Saf. Health Care*. 2015;16(1):2—3.
23. Wachter R. M., Pronovost P., Shekelle P. Strategies to improve patient safety: the evidence base matures. *Ann. Intern. Med.* 2013 Mar 5;158(5):350—2.
24. Tolpygina S. N., Martsevich S. Yu., Deev A. D. A method for determining the long-term risk of death and non-fatal cardiovascular complications in patients with chronic coronary heart disease. Patent Russia RU 2649964 C1. 2018. Bul. 10 (in Russian).
25. Otdelnova K. A. Determination of the required number of observations in complex socio-hygienic studies. In: Comprehensive socio-hygienic and clinical-social research: Works of 2nd MSMI [*Kompleksnyye sotsial'no-gigiyenicheskiye i kliniko-sotsial'nyye issledovaniya: Trudy 2-go MRGMI*]. Moscow; 1980. Vol. 6. P. 18—22 (in Russian).
26. Kucherenko V. Z. Programs and methods of complex socio-hygienic research: Monograph [*Programmy i metodiki kompleksnykh sotsial'no-gigiyenicheskikh issledovaniy: Monografiya*]. Moscow — Ivanovo: MIK; 2011. 440 p. (in Russian).
27. Boytsov S. A., Demkina A. E., Oshchepkova E. V., Dolgusheva Yu. A. Achievements and problems of practical cardiology in Russia at the present stage. *Kardiologiya = Cardiology*. 2019;59(3):53—9 (in Russian).
28. Gerasimov V. B., Khokhlov A. L., Karpov O. I., Rakov A. A., Lisenkova L. A., Malygin A. Yu., Sinitsina O. A., Eregina S. Ya., Stepanov I. O., Melnikova Yu. E., Kondareva E. A., Yavorskiy A. N. Pharmacoeconomics and pharmacoepidemiology — practice of acceptable solutions. Study guide for students of postgraduate education [*Farmakoekonomika i farmakoepidemiologiya — praktika priyemlemykh resheniy. Uchebnoye posobiye dlya slushateley poslediplomnogo obrazovaniya*]. Moscow: Federal Service for Surveillance in Healthcare and Social Development, Federal State Institution Scientific Center for Expertise of Medical Products; 2005 (in Russian).
29. Khokhlov A. L., Yavorskiy A. N., Ignatiev V. S., Sinitsina O. A., Stepanov I. O., Voronina E. A., Melnikova Yu. E. Safety culture of drug therapy: Monograph [*Kul'tura bezopasnosti lekarstvennoy terapii: Monografiya*]. Yaroslavl: Remder; 2011. 156 p. (in Russian).
30. Petrov V. I., Shishimorov I. N., Magnitskaya O. V., Tolkahev B. E. Personalized medicine: evolution of methodology and problems of practical implementation. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta = Bulletin of Volgograd State Medical University*. 2016;57(1):3—11 (in Russian).
31. Shlyakhto E. V. Translational medicine is an effective model for the development of cardiology and the path to personalized medicine. *Klinicheskaya i eksperimental'naya khirurgiya = Clinical and Experimental Surgery*. 2014;1(3):5—8 (in Russian).
32. Letter of the Federal Compulsory Medical Insurance Fund of December 12, 2017 N 14531/26—2/и “On the direction of decryption of clinical and statistical groups for medical care provided in inpatient conditions and in a day hospital, and instructions for grouping cases, including rules for accounting for additional classification criteria, and approaches to paying for medical care on an outpatient basis according to the per capita funding standard”. Available at: <https://base.garant.ru/71846176/> (in Russian).
33. Груздева А. А., Харитоновна Е. А., Мотылева Е. А., Орлов А. А., Мухников Д. Л., Дроздова Т. С. Management of factors of the effectiveness of medical care. Software for computers. Patent of Russia No. 2018612060. 2018. Bul. № 2 (in Russian).

Поступила 10.07.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Bogma K. A. Process-oriented approach in improving the efficiency of medical care quality management. *Chelovek i obshchestvo = Man and Society*. 2017;1(2):28—31 (in Russian).
2. Blinov S. V. Topical issues of ensuring the quality and safety of medical care. *Ekonomicheskiye nauki = Economic Sciences*. 2018;160:41—4 (in Russian).
3. Gurova I. E., Trofimova S. V. The relevance of the development and implementation of a quality management system in healthcare institutions. *Sovremennyye nauchnyye issledovaniya i innovatsii = Modern Research and Innovation*. 2017;72(4):511—2 (in Russian).
4. Order of the Federal Compulsory Health Insurance Fund dated February 22, 2017 No. 45 «On amendments to the procedure for organizing and monitoring the volumes, terms, quality and conditions for the provision of medical care for compulsory health insur-

Согиайнен А. А., Щепин В. О., Чичерин Л. П.

ИЗМЕНЕНИЯ ОФИЦИАЛЬНЫХ ТРЕБОВАНИЙ К СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ ЮНОШЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В 1995—2021 гг.

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

Приведены результаты анализа изменений официальных требований к состоянию здоровья юношей с болезнями органов кровообращения (Положение о военно-врачебной экспертизе в редакции от 1995, 2003, 2013 гг.). Рассматриваются графы I и II ст. 42—48 Расписания болезней данного Положения с точки зрения категории годности к военной службе по призыву. Предлагается комплекс мероприятий по нивелированию последствий смягчения требований к состоянию здоровья будущих военнослужащих по отдельным нозологиям.

Ключевые слова: состояние здоровья; военно-врачебная экспертиза; призывной возраст.

Для цитирования: Согиайнен А. А., Щепин В. О., Чичерин Л. П. Изменение официальных требований к состоянию здоровья юношей призывного возраста с болезнями системы кровообращения в 1995—2021 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):217—220. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-217-220>

Для корреспонденции: Согиайнен Александр Алексеевич, д-р мед. наук, генеральный директор ООО «Теллур-Мед», e-mail: sogalex@ya.ru.

Sogiyainen A. A., Shchepin V. O., Chicherin L. P.

THE CHANGES OF OFFICIAL REQUIREMENTS TO HEALTH CONDITIONS OF THE MALE YOUTHS OF MILITARY AGE WITH BLOOD CIRCULATION DISEASES IN 1995—2021

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

The article presents results of analysis of changes of official requirements to health of male youths with diseases of circulatory organs (Regulation of military medical expertise, revision of 1995, 2003, 2013). The sections I and II of the Articles 42—48 of the Schedule of diseases of this Regulation are considered from the point of view of category of physical fitness for military service on conscription. The complex of measures is proposed to level consequences of mitigation of requirements to health status of future servicemen for particular nosology.

Keywords: health status; military medical expertise; military age.

For citation: Sogiyainen A. A., Shchepin V. O., Chicherin L. P. The changes of official requirements to health conditions of the male youths of military age with blood circulation diseases in 1995—2021. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):217—220 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-217-220>

For correspondence: Sogiyainen A. A., doctor of medical sciences, the General Director of The Society with Limited Liability “Tellura-Med”, 141091. e-mail: sogalex@ya.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 13.07.2021
Accepted 26.10.2021

Введение

В Российской Федерации укрепление и сохранение здоровья детей и подростков приобретает особую социальную значимость. Эти контингенты являются важнейшим экономическим, интеллектуальным, демографическим, оборонным и культурным потенциалом государства [1].

Недостаточное количество призывного ресурса РФ, низкое качество состояния здоровья российских призывников создают трудности при комплектовании Вооруженных сил [2—4]. У подростков 15—17 лет, в отличие от предыдущих возрастных групп, отмечено снижение значимости общей заболеваемости болезнями крови и кроветворных органов, нервной системы, органов дыхания, но увеличение доли болезней глаза и его придаточного аппарата, системы кровообращения, травм и отравлений [5, 6].

Как показал проведенный нами ранее анализ достижения прогнозных показателей Концепции федеральной системы подготовки граждан к военной

службе в 2010—2020 гг., достичь первоначальных целевых показателей не удалось ни по одной из намеченных в 2010 г. целей [7]. Добиться положительной динамики удалось в основном за счет снижения требований к состоянию здоровья будущих воинов. Однако это создает дополнительную нагрузку на медицинскую службу Вооруженных сил, которая после проведения реформ (сокращения военных госпиталей, поликлиник, уменьшения штатной численности) зачастую не готова к массовому поступлению военнослужащих срочной службы с патологией сердечно-сосудистой системы.

Целью исследования явился мониторинг изменений официальных требований к состоянию здоровья юношей при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу, а также во время военной службы по призыву, прослеженный в динамике с 1995 г. по настоящее время, с последующим научным обоснованием предложений по оптимизации медицинского обеспечения контингентов.

Материалы и методы

Представлен сравнительный анализ положений ст. 42—48 (Болезни органов кровообращения) Расписания болезней в редакции 1995, 2003, 2013 гг., терминология указана в соответствии с данным документом и может отличаться от положений Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Результаты исследования

За период 1995—2020 гг. для определения годности к военной службе применялись три основных, сменявших друг друга, различных нормативных акта:

- постановление Правительства Российской Федерации от 20.04.1995 № 390 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе»;
- постановление Правительства Российской Федерации от 25.02.2003 № 123 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе»;
- постановление Правительства РФ от 04.07.2013 № 565 (в редакции от 01.06.2020) «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе», действует в настоящее время.

Основные методические подходы к определению годности к военной службе остались без изменений. В данной статье мы рассматриваем динамику изменений требований к состоянию здоровья (сердечно-сосудистой системы) юношей при первоначальной постановке на воинский учет, призыве на военную службу, а также во время военной службы по призыву. Поэтому проводить анализ следует исключительно по графам I и II Расписания болезней и пунктам, обозначающим пограничные состояния здоровья молодежи без учета граф и пунктов, по которым они заведомо ограничено годны к военной службе (В) или не годны к военной службе (Д). Более подробно про систему освидетельствования данных категорий граждан мы писали ранее [7].

Болезни органов кровообращения традиционно входят в тройку основных причин (совместно с расстройствами психики и болезнями костно-мышечной системы), которые являются основными для признания юношей ограниченно годными (категория В) и не годными к службе в Вооруженных силах Российской Федерации по состоянию здоровья.

Освидетельствование юношей, имеющих болезни системы кровообращения, проводится по ст. 42—48 Расписания болезней (Болезни органов кровообращения).

Рассмотрим эволюцию требований к состоянию здоровья граждан призывного возраста за период 1995—2020 гг. постатейно.

Ст. 42 Расписания болезней включает в себя ревматические болезни сердца (ревматический перикардит, ревматические пороки митрального, аортального и других клапанов, ревматический миокардит), неревматические миокардиты, эндокардиты, а также другие болезни сердца (кардиомиопатия,

нарушения сердечного ритма и проводимости), которые сопровождаются расстройством общего кровообращения (сердечная недостаточность оценивается по функциональным классам в соответствии с классификацией Нью-Йоркской ассоциации сердца — NYHA, 1964). С 2013 г. в данную статью вошли врожденные болезни сердца.

С 1995 г. юноши призывного возраста признавались годными к военной службе с незначительными ограничениями по данной статье при условии отсутствия недостаточности кровообращения и стойких нарушений ритма сердца и проводимости (стойко компенсированные исходы заболеваний мышцы сердца, миокардиосклероз, первичный пролапс митрального и других клапанов сердца). С 2003 г. в эту группу включены юноши с бессимптомной дисфункцией левого желудочка.

В отличие от приказа 1995 г., с 2003 г. годными к военной службе с незначительными ограничениями и подлежащими призыву на военную службу стали юноши с исходами заболевания мышц сердца, миокардиосклерозом, первичным пролапсом митрального и других клапанов сердца, сопровождающиеся сердечной недостаточностью I функционального класса (ФК).

В 2013 г. тенденции в снижении требований к состоянию здоровья будущих воинов сохранились. Так, годными к военной службе стали юноши с атриовентрикулярной блокадой I степени, двустворчатым аортальным клапаном без признаков аортальной регургитации, аневризмой межпредсердной перегородки, открытым овальным окном без сброса крови, функциональной (вагусной) атриовентрикулярной блокадой I степени.

Стоит учитывать, что в настоящее время нарушения ритма и проводимости сердца оцениваются по данным анализа электрокардиографии в покое с обязательной оценкой интервала $P-Q$ и расчетом скорректированного интервала $Q-T$. Сердечная недостаточность I и II ФК должна быть подтверждена кардиогемодинамическими показателями, выявляемыми при эхокардиографии (снижение фракции выброса, увеличение систолического и диастолического размеров левого желудочка и предсердия, появление потоков регургитации над митральным и аортальным клапанами, нарушения диастолической функции левого желудочка), результатами велоэргометрии или тредмил-теста, а также теста 6-минутной ходьбы в сочетании с анализом клинических проявлений заболевания.

Таким образом, с 2003 г. стали годными к военной службе по призыву лица, которые до этого времени к военной службе в мирное время не привлекались.

Ст. 43.д Расписания болезней включает в себя гипертоническую болезнь (эссенциальная гипертония, гипертоническая болезнь с преимущественным поражением сердца, почек, сосудов головного мозга).

Наличие гипертонической болезни у данной категории лиц, подлежащих постановке на воинский

Здоровье и общество

учет и призыву на военную службу, следует подтвердить стационарным обследованием и результатами предыдущего диспансерного наблюдения в течение не менее 6 мес. В случае впервые выявленной артериальной гипертензии при недостаточном сроке наблюдения наличие гипертонической болезни должно быть подтверждено в специализированном отделении.

С 1995 г. молодые люди с диагнозом гипертонической болезни на военную службу не призывались (категория В). Под этот пункт попадали лица с гипертонической болезнью I стадии.

С 2004 г. (в ред. постановления Правительства РФ от 31.12.2004 № 886) введен пункт «г» — I стадия (пограничная), по которой молодые люди признавались годными к военной службе с незначительными ограничениями (категории Б-3, Б соответственно). К пункту «г» стали относить лиц с гипертонической болезнью I стадии с пограничными показателями артериального давления (повышение преимущественно систолического от 140 до 149 мм рт. ст., а также диастолического от 90 до 94 мм рт. ст.).

В 2013 г. перешли на классификацию степеней артериальной гипертензии и трехстадийную классификацию гипертонической болезни в зависимости от степени нарушения функции органов-мишеней, а также убрали пограничную стадию гипертонической болезни. Лица, которые попадали под действие пункта «в» (гипертоническая болезнь с незначительным нарушением и без нарушения функции органов-мишеней), признаются ограниченно годными к военной службе (при соблюдении вышеописанных критериев).

При наличии синдрома повышенного артериального давления, тесно связанного с наличием вегетативных расстройств (гипергидроз кистей рук, «красный» стойкий дермографизм, лабильность пульса и артериального давления при перемене положения тела), освидетельствование проводится на основании ст. 47 расписания болезней.

Таким образом, в период с 1995 г. не наблюдается принципиального изменения в требованиях к состоянию здоровья лиц с повышенным артериальным давлением. После смягчения требований в период 2003—2013 гг. в настоящее время освидетельствование проводится по критериям, действовавшим до 2003 г.

Ст. 44 Расписания болезней включает в себя ишемическую болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз, стенокардию, другие острые и подострые формы хронической ишемической болезни сердца (коронарный атеросклероз, атеросклеротический кардиосклероз, аневризма сердца), сопровождающиеся расстройством общего и/или коронарного кровообращения.

Наличие ишемической болезни сердца следует подтвердить инструментальными методами исследования (обязательны ЭКГ в покое и с нагрузочными пробами, эхокардиография, дополнительно — стресс-эхокардиография, коронарография).

При выявлении безболевого (немой) ишемии миокарда, кардиального синдрома Х (микроваскулярной дисфункции миокарда, патологических мышечных мостиков), стенокардии I ФК, сердечной недостаточности I ФК призывники признаются ограниченно годными к военной службе (категория В) и не подлежат призыву в мирное время.

Ст. 45 Расписания болезней включает в себя болезни и последствия повреждений аорты, магистральных и периферических артерий и вен, лимфатических сосудов (атеросклероз облитерирующий, аневризмы, флебиты, флеботромбозы, варикозная и посттромботическая болезнь, синдром поллой вены, ангиотрофоневрозы, гемангиомы, лимфедема), а также с 2003 г. — болезни, врожденные аномалии развития и последствия повреждений аорты, магистральных и периферических артерий и вен, лимфатических сосудов. Юноши призывного возраста признаются годными к военной службе при наличии объективных данных без нарушения кровообращения и функций (например, варикозная болезнь нижних конечностей без признаков венозной недостаточности, I степень), лимфедема I степени (незначительный отек тыла стопы, уменьшающийся или исчезающий за период ночного или дневного отдыха), варикозное расширение вен семенного канатика II степени, ангиотрофоневрозы I стадии.

Требования к состоянию здоровья будущих военных по ст. 44, 45 за последние 25 лет (1995—2020) не изменились.

Ст. 46 Расписания болезней включает в себя различные виды геморроя. Молодые люди с редкими обострениями и при успешном лечении признаются годными к военной службе с незначительными ограничениями.

Так, при наличии показаний юноше предлагается хирургическое или консервативное лечение. В случае неудовлетворительных результатов лечения или отказе от него освидетельствование проводится по пункту «а», «б» или «в» в зависимости от выраженности вторичной анемии и частоты обострений.

К частым обострениям геморроя относятся случаи, когда освидетельствуемый три и более раз в году находится на стационарном лечении с длительными (1 мес и более) сроками госпитализации по поводу кровотечения, тромбоза и воспаления II—III степени или выпадения геморроидальных узлов, а также когда заболевание осложняется повторными кровотечениями, требующими стационарного лечения.

Требования к состоянию здоровья будущих военных по ст. 46 за последние 25 лет (1995—2020) не изменились.

Ст. 47 Расписания болезней включает в себя нейродилататорную дистонию (гипертензивного, гипотензивного, кардиального или смешанного типа). Молодые люди призывного возраста признаются годными (с незначительными ограничениями) при стойких умеренно выраженных нарушениях (син-

дром вегетативно-сосудистых расстройств с неадекватной реакцией артериального давления на какие-либо раздражители).

Диагноз нейроциркуляторной дистонии должен быть установлен при стационарном обследовании с участием невропатолога, окулиста, а при необходимости — врачей других специальностей. При первоначальной постановке на воинский учет граждане с любой формой нейроциркуляторной дистонии признаются временно не годными к военной службе и направляются на стационарное лечение.

С 2003 г. лица с наличием стойких кардиалгий, сопровождающихся выраженными вегетативно-сосудистыми расстройствами, стойкими нарушениями сердечного ритма, при безуспешности повторного стационарного лечения признаются не годными к военной службе.

Требования к состоянию здоровья будущих воинов по ст. 47, 48 за последние 25 лет (1995—2020) не изменились.

Заключение

За период 1995—2021 гг. смягчились требования к состоянию здоровья юношей призывного возраста по ст. 42 (исходы заболевания мышцы сердца, миокардиосклероз, первичный пролапс митрального и других клапанов сердца, сопровождающийся сердечной недостаточностью I ФК), по ст. 43—48 они остались без существенных изменений.

Учитывая рост хронической заболеваемости граждан призывного возраста, смягчение требований к состоянию здоровья призывного контингента, следует ожидать увеличения количества военнослужащих срочной службы с патологией сердечно-сосудистой системы. Медицинской службе Вооруженных сил следует расширить свои возможности по диспансерному динамическому наблюдению за данной категорией военнослужащих.

Необходимо в обязательном порядке учесть данные аспекты при подготовке педиатров, терапевтов, врачей отделов военных комиссариатов и личного состава медицинской службы Министерства обороны России.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А. Состояние здоровья детей России, приоритеты его сохранения и укрепления. *Казанский медицинский журнал*. 2018;(4):698—705.
2. Кузьмин С. А. Медико-демографическая характеристика юношей допризывного возраста в субъекте Российской Федерации (на примере Оренбургской области). *Безопасность жизнедеятельности*. 2018;(1):7—10.
3. Кузьмин С. А. Здоровье призывников — основа безопасности жизнедеятельности в период прохождения военной службы. *Безопасность жизнедеятельности*. 2020;(7):25—7.
4. Согиайнен А. А. Состояние здоровья военнослужащих по призыву как показатель эффективности профилактических мероприятий во время подготовки граждан к военной службе. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2019;(1):256—64.
5. Баранов А. А. Состояние здоровья детей современной России. М.: ПедиатрЪ; 2020. 116 с.
6. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации: статистические материалы. М.: ЦНИИОИЗ; 2021. 171 с.
7. Согиайнен А. А., Чичерин Л. П., Щепин В. О. Анализ достижения прогнозных показателей Концепции федеральной системы подготовки граждан к военной службе. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(3):426—9.

Поступила 13.07.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Baranov A. A. The state of health of children of Russia, the priorities for conservation and capacity. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2018;(4):698—705 (in Russian).
2. Kuzmin S. A. Demographic and Health characteristics of boys under age in the subject of the Russian Federation (on the example of Orenburg region). *Safety*. 2018;(1):7—10 (in Russian).
3. Kuzmin S. A. Health of conscripts — the basis of life safety during military service. *Life safety*. 2020;(7):25—7 (in Russian).
4. Sogiyainen A. A. The state of health of conscripted servicemen as an indicator of the effectiveness of preventive measures during the preparation of citizens for military service. *Sovremennyye problemy zdavookhraneniya i meditsinskoy statistiki = Modern problems of healthcare and medical statistics*. 2019;(1):256—64 (in Russian).
5. Baranov A. A. The state of health of children in modern Russia [*Sostoyaniye zdorov'ya detey sovremennoy Rossii*]. Moscow: Pediatr; 2020. 116 p. (in Russian).
6. The main indicators of maternal and child health, the activities of the child protection and maternity services in the Russian Federation: statistical materials [*Osnovnyye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatel'nost' sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii: statisticheskiye materialy*]. Moscow: TSNIIOIS; 2021. 171 p. (in Russian).
7. Sogiyainen A. A., Chicherin L. P., Shchepin V. O. Analysis of the achievement of forecast indicators of the Concept of the federal system of training citizens for military service. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2021;29(3):426—9 (in Russian).

Берг А. В.¹, Башарова Г. Р.²

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ БОЛЕЗНЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

¹ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Башкортостан» Минтруда России, 450006, г. Уфа;

²ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450000, г. Уфа

Заболевания периферической нервной системы диагностируются у 48—71,6% работников различных отраслей экономики. Они составляют более половины всех профессиональных заболеваний, являются основной причиной утраты трудоспособности и высокого уровня инвалидизации трудоспособного населения. Цель исследования — оценить социально-экономическую значимость инвалидности вследствие этих болезней населения трудоспособного возраста Республики Башкортостан. Выполнен анализ и обобщен материал Главного бюро медико-социальной экспертизы по Республике Башкортостан. Установлено, что за 2014—2018 гг. впервые инвалидами вследствие заболеваний периферической нервной системы в трудоспособном возрасте стали 107 человек, среднегодовой уровень впервые признанных инвалидами составил 0,1 случая на 10 тыс. населения трудоспособного возраста. Большинство (69,0±5,4%) инвалидов — мужчины. Уровень инвалидности (0,142‰) в 2 раза превышает таковой среди женщин (0,063‰). Средний возраст инвалидов составляет 48,7±5,7 года. В структуре инвалидности преобладают радикулопатии пояснично-крестцового уровня (50,9%), полиневропатии верхних (15,3%) и нижних (13,5%) конечностей. Инвалидность наступает в среднем за 11,3 года до наступления возраста 60 лет и на 3,8—5,5 года раньше, чем при других заболеваниях. Она сокращает продолжительность здоровой жизни на 16% у мужчин и на 17,8% у женщин. Экономический ущерб составляет более 26 млн руб. невыданной продукции в год. Инвалидность вследствие болезней периферической нервной системы представляет значительную социально-экономическую проблему и требует повышенного внимания к профилактике, ранней диагностике, лечению, улучшению качества проведения медико-социальной экспертизы, реабилитации и абилитации.

Ключевые слова: болезни периферической нервной системы; инвалидность; продолжительность здоровой жизни; экономический ущерб.

Для цитирования: Берг А. В., Башарова Г. Р. Социально-экономические аспекты инвалидности вследствие болезней периферической нервной системы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):221—225. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-221-225>

Для корреспонденции: Берг Адель Вадимовна, врач по медико-социальной экспертизе, невролог экспертного состава № 5 ФКУ Главного бюро МСЭ по Республике Башкортостан, e-mail: adel.basharova@mail.ru

Berg A. V.¹, Basharova G. R.²

THE SOCIAL ECONOMIC ASPECTS OF DISABILITY RESULTED FROM DISEASES OF PERIPHERAL NERVOUS SYSTEM

¹The Federal State Official Institution “The Main Bureau of Medical Social Expertise on the Republic of Bashkortostan” of Mintrud of Russia, 450006, Ufa, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Bashkir State Medical University” of Minzdrav of Russia, 450000, Ufa, Russia

The diseases of peripheral nervous system (PNS diseases) are diagnosed in 48%–72% of workers in various branches of economy. They made up more than half of all occupational diseases and are the main cause of labor ability and of high level of disability able-bodied population. The purpose of the study is to assess social economic importance of disability because of PNS diseases of able-bodied population in the Republic of Bashkortostan. It is established that in 2014—2018 about 107 individuals of able-bodied age for the first time became disabled because of PNS diseases. The average annual level of individuals of able-bodied age with for the first time established disabilities because of PNS diseases made up to 0.1 cases per 10 thousand of population. Among the disabled 69.0 ± 5.4% are males. The disability rate in males (0.142‰) is twice higher than in females (0.063‰). The average age of the disabled is 48.7 ± 5.7 years. In the structure of disability dominate lumbosacral radiculopathy (50.9%), polyneuropathy of upper (15.3%) and lower (13.5%) extremities. In average, the disability develops in 11.3 years prior to age of 60 years and on 3.8—5.5 years earlier than in case of other diseases. The disability because of PNS diseases shortens healthy life expectancy by 16.0% in males and by 17.8% in females. Annual economic losses come to more than 26 million rubles of non-produced production. The disability because of PNS consists significant social economic problem of society and requires increased attention to prevention, early diagnostics, treatment, improvement of quality of medical social expertise, rehabilitation and habilitation.

Keywords: diseases; peripheral nervous system; disability; healthy life expectancy; economic loss.

For citation: Berg A. V., Basharova G. R. The social economic aspects of disability resulted from diseases of peripheral nervous system. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):221—225 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-221-225>

For correspondence: Berg A. V., the Physician of Medical Social Expertise, Neurologist of Expert Team № 5 of the Federal State Official Institution “The Main Bureau of Medical Social Expertise on the Republic of Bashkortostan” of Mintrud of Russia. e-mail: adel.basharova@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Введение

Проблема сохранения трудовых ресурсов приобретает особую актуальность в связи с продолжающейся депопуляцией, ростом числа больных и инвалидов [1—3]. В Республике Башкортостан население трудоспособного возраста, как и в целом по России, продолжает сокращаться. По данным Территориального органа Федеральной службы Государственной статистики, за последние 5 лет (2014—2018) оно уменьшилось на 150,9 тыс. Одной из частых причин ухудшения здоровья, снижения и утраты профессиональной и общей трудоспособности, высокого уровня инвалидизации населения трудоспособного возраста являются болезни периферической нервной системы (ПНС) [2—8]. Заболевания ПНС диагностируются в 48—71,6% у работников различных отраслей экономики, занимая в ряде случаев ведущие места [1, 9—14]. Они составляют более половины всех профессиональных заболеваний, являются основной причиной утраты профессиональной трудоспособности, долгой затяжной инвалидности [4, 6, 15—19]. Анализ литературных источников показал, что исследований, посвященных инвалидности вследствие болезней ПНС, крайне мало [4, 17]. Для такого крупного промышленного региона, как Республика Башкортостан, болезни ПНС как причина трудопотерь приобретают особую социально-экономическую и медико-социальную значимость. В связи с этим целью исследования явилась оценка социально-экономической значимости инвалидности вследствие болезней ПНС населения трудоспособного возраста республики.

Материалы и методы

Среди впервые признанных инвалидами Федеральным казенным учреждением «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Республике Башкортостан» за 2014—2018 гг. были выбраны все инвалиды трудоспособного возраста, у которых в качестве основного клинического диагноза указаны радикулопатия, полиневропатия, невропатия, вибрационная болезнь. Они составили когорту, для исследования которой применен системный комплексный многоаспектный анализ с использованием клинико-статистических, эпидемиологических, медико- и социально-экспертных методов.

Результаты исследования

Результаты комплексных исследований показали, что за последнее десятилетие (2008—2017) распространенность заболеваний ПНС увеличилась в 1,3 раза и в 2017 г. составила 18 269 случаев и 375 случаев вновь заболевших на 100 тыс. взрослого населения. За этот период их удельный вес среди других заболеваний нервной системы вырос с 12,6 до 16,7%, а среди вновь заболевших удвоился (с 13,6 до 27,7%). Практически каждый третий новый неврологический больной является носителем заболевания ПНС. Расчет показал, что на 100 тыс. населения трудоспособного возраста диагностируется 400 слу-

чаев вновь выявленных заболеваний ПНС, что на 25⁰/₀₀₀ больше, чем во взрослой популяции, т. е. заболевания ПНС формируются и достигают своего максимума именно в самом трудоспособном возрасте.

За 2014—2018 гг. инвалидами вследствие болезней ПНС стали 107 человек трудоспособного возраста. Суммарно они составили 0,498 случая впервые признанных инвалидами (ВПИ) вследствие болезней ПНС на 10 тыс. трудоспособного населения республики, среднегодовое значение — $0,1006 \pm 0,028^0/_{000}$ ($0,1^0/_{000}$). Вероятность (ДИ) возникновения ВПИ при болезнях ПНС находится в пределах 0,0426—0,158 случая на 10 тыс. трудоспособного населения. В динамике лет уровень первичной инвалидности вследствие болезней ПНС увеличился в 1,5 раза (с $0,077^0/_{000}$ в 2014 г. до $0,0119^0/_{000}$ в 2018 г.). Следует отметить, что такое увеличение происходит на фоне заметного снижения общей и стабильного уровня неврологической инвалидности. Из 4 инвалидов вследствие болезней ПНС 3 (76,4±5,3%) были в трудоспособном возрасте. В нозологической структуре у них превалирует радикулопатия пояснично-крестцового уровня (50,9%), полиневропатия верхних (15,3%) и нижних (13,5%) конечностей. Большинство (69,0±5,4%) инвалидов — мужчины и лица старше 40 лет (84,2%). Уровень инвалидности у мужчин достоверно ($p < 0,05$) выше ($0,142^0/_{000}$), чем у женщин ($0,063^0/_{000}$) в 2,2 раза.

Инвалидность вследствие болезней ПНС наступала в среднем в 48,7±5,7 года, т. е. за 11,3 года до наступления пенсионного 60-летнего возраста. В целом у женщин инвалидность наступает в более молодом (45,2±3,5 года) возрасте, на 5,2 года раньше, чем у мужчин (50,4±3,6 года). Согласно литературным источникам [8, 17, 18], средний возраст популяции общих инвалидов равен 52,5—54,2 года. Следовательно, инвалидность вследствие болезней ПНС наступает на 3,8—5,5 года раньше, чем в целом вследствие других заболеваний. Почти каждый второй инвалид вследствие ПНС (48%) является работником производственной сферы, в том числе 18,4% — строительных предприятий, 12,2% — сельскохозяйственных, 9% — нефтедобывающих, 8,4% — машиностроительных, металлургических и горнорудных отраслей экономики. Средний стаж наступления инвалидности составляет 23,6±3,0 года (мужчин — 23,8±4,4, женщин — 20,1±4,0), что не достигает даже срока льготного выхода на пенсию.

Расчет потерь здоровой жизни (без инвалидности), проведенный на основе конвенции ВОЗ, с учетом ожидаемой продолжительности жизни и времени наступления инвалидности, вызванной болезнью ПНС [20, 21], показал, что продолжительность жизни мужчин превышает пенсионный возраст (60 лет) на 6,2 года, однако потери продолжительности здоровой жизни относительно пенсионного возраста составляют 9,6 года, а относительно срока дожития — 15,8 года. У женщин продолжительность жизни превышает пенсионный возраст (55 лет) на 17 лет. С учетом наступления срока инвалидности

Здоровье и общество

потери продолжительности здоровой жизни у них составляют 9,8 года относительно пенсионного срока и 27 лет относительно срока дожития. Таким образом, инвалидность вследствие болезней ПНС сокращает продолжительность здоровой жизни на 16% у мужчин и на 17,8% у женщин до срока наступления пенсии и на 24,3% у мужчин и на 24,3% у женщин до срока ожидаемой продолжительности жизни.

Экспертами ВОЗ разработан интегральный показатель продолжительности жизни без потерь здоровья (заболеваемости, инвалидности, смерти) — DALY — единица измерения глобального бремени нездоровья [20]. Ими рассчитан вес влияния различных заболеваний на развитие инвалидности. Коэффициент веса инвалидности (DW) для заболевания под названием «боль в спине» равен 0,322—0,374, невралгии — 0,072. Расчет показал, что число потерянных лет здоровой жизни при боли в спине (радикулопатии различных уровней позвоночника) составил 7,4—7,6 года, при невралгиях — 1,5—1,7 года, сумма этих видов патологий (без полиневралгии) составит 8,9—9,3 года. Установлено, что в потерях здоровой жизни за счет инвалидности значимую роль играют те заболевания, которые практически не существенны как причина смерти. Это прежде всего болезни нервной системы, которые определяют 8,0% всех потерь у мужчин и 9,9% у женщин, занимая второе место среди причин сокращения здоровой жизни вследствие инвалидности [22].

Наступление инвалидности в трудоспособном возрасте оказывает многостороннее и многоплановое негативное воздействие на состояние экономики, на рынок труда, эффективность производства, социальное положение работника, благосостояние общества. Инвалидность лиц трудоспособного возраста влечет не только прямые затраты на лечение, реабилитацию, материальную компенсацию потери трудоспособности, но и экономические потери, связанные с «выключением» работника из производственного процесса. По данным Росстата, валовый продукт в Республике Башкортостан в 2016 г. составил 1 344 360,1 млрд руб. Если эту сумму поделить на число экономически занятого населения, то каждый работник произвел продукцию в год на 1 171 000 руб. Значит, экономический ущерб инвалидности вследствие болезней ПНС у мужчин составляет 12 905 869,0 руб., а инвалидность женщин составит потери в 13 174 729,0 руб. невыданной продукции. Эти 26 080 585,0 руб. — прямые производственные потери, но каждому инвалиду необходимы еще и денежные компенсации (пенсии), средства на лечение, медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию. Инвалидам вследствие профессионального заболевания назначают также материальную компенсацию степени утраты профессиональной трудоспособности (УПТ).

Еще одним показателем трудопотерь является профессиональная заболеваемость. За 2014—2018 гг. профессиональных заболеваний ПНС диа-

гностировано 2,47 случая на 10 тыс. работающих, средний уровень составил $0,54 \pm 0,06^{0/000}$ в год. За этот период уровень ее снизился с $0,65 \pm 0,3^{0/000}$ в 2014 г. до $0,198 \pm 0,06^{0/000}$ в 2018 г. Такое значительное снижение уровня профессиональной заболеваемости трудно считать положительным явлением, так как это происходит на фоне увеличения числа занятых во вредных и/или опасных условиях труда и возрастания удельного веса болезней ПНС в структуре общей профессиональной патологии (с $53,5 \pm 6,1$ до $71,0 \pm 9,1\%$; $p < 0,01$).

Растет число больных, у которых устанавливают одновременно два и даже три профессиональных заболевания. В целом среди всех работников с профессиональными заболеваниями в 2014 г. таких было 27,3%, а в 2018 г. — 31,8%, из них с заболеваниями ПНС — 11,9 и 13,6%. Абсолютное большинство (80%) профессиональных больных вследствие болезней ПНС — мужчины, лица в возрасте 40—49 (22,8%) и 50—59 (66,2%) лет.

Профессиональные заболевания вследствие болезней ПНС в среднем диагностируются в возрасте $51,2 \pm 5,6$ года при стаже $23,3 \pm 3,4$ года, следовательно, работник не доработал более 8 лет по возрасту и более 10 лет по стажу на своем квалификационном уровне.

Из всех профессиональных больных вследствие болезней ПНС, установленных в 2014—2018 гг., 2,4% стали инвалидами и составили 44,7% всей профессиональной инвалидности трудоспособного возраста. На 10 тыс. работающих в среднем в год приходится 0,012 инвалида вследствие профессионального заболевания ПНС в возрасте $52,5 \pm 5,2$ года и при стаже $28,8 \pm 5,3$ года, что также раньше срока выхода на пенсию.

Исследование показало, что 69% профессиональных больных вследствие болезней ПНС обратилось на медико-социальную экспертизу для установления степени УПТ. Почти всем ($93,9 \pm 3,8\%$) была установлена та или иная степень УПТ, при этом в динамике лет их количество выросло с 87,6% в 2014 г. до 97,8% в 2018 г. Подавляющему большинству (73,5%) установлена 30% УПТ, причем каждый второй ($47,1 \pm 2,3\%$) был в возрасте менее 44 лет.

Заключение

Социально-экономические проблемы сохранения здоровья и благополучия общества обусловлены продолжающейся депопуляцией населения трудоспособного возраста и ростом числа больных и инвалидов. Ведущие позиции среди причин ухудшения здоровья работающих, снижения и утраты профессиональной и общей трудоспособности, высокого уровня инвалидизации населения трудоспособного возраста занимают болезни ПНС, количество и удельный вес которых постоянно растет.

Социально-экономическую значимость инвалидности вследствие болезней ПНС определяют следующие позиции.

Эти болезни формируются и достигают пика распространенности в трудоспособном возрасте, со-

ставляют $\frac{1}{3}$ всех вновь выявленных болезней нервной системы, диагностируются у 48—71,6% работников различных отраслей экономики, являются основной причиной временной утраты трудоспособности и долгой затяжной инвалидности.

За 2014—2018 гг. число инвалидов вследствие болезней ПНС увеличилось в 1,5 раза: с 0,077 до 0,119 случая на 10 тыс. трудоспособного населения, среднегодовой уровень составил $0,1^{0/000}$. Из четырех инвалидов вследствие болезней ПНС три ($76,4 \pm 5,3\%$) были в трудоспособном возрасте. Инвалидность вследствие болезней ПНС наступает в среднем за 11,3 года до наступления пенсионного возраста и на 3,8—5,5 года раньше, чем вследствие других заболеваний. Отмечена тенденция к омоложению инвалидов.

Почти каждый второй инвалид вследствие ПНС (48%) является работником производственной сферы. Средний стаж наступления инвалидности составляет $23,6 \pm 3,0$ года, что также ниже срока, необходимого для определения общей и льготной пенсии.

Инвалидность вследствие болезней ПНС сокращает продолжительность здоровой жизни относительно пенсионного возраста на 16% у мужчин и на 17,8% у женщин.

Число потерянных лет здоровой жизни (DALY) вследствие инвалидности от радикулопатий и невропатии (без учета полиневропатии) составляет $8,9—9,3$ года.

Экономический ущерб от инвалидности вследствие болезней ПНС составил более 26 млн руб. невыданной продукции в год.

На 10 тыс. работающих в среднем в год диагностируется 0,54 случая болезней ПНС профессиональной патологии. Растет число больных, у которых устанавливают два или три профессиональных заболевания (с 27,3% в 2014 г. до 31,8% в 2018 г.). Средний возраст таких больных — $51,2 \pm 5,0$ года, средний стаж — $23,3 \pm 3,4$ года, т. е. они недоработывают в своей квалификации более 8 лет по возрасту и более 10 лет по стажу.

Среди профессиональных больных вследствие болезней ПНС 2,4% стали инвалидами и составили 44,7% всей профессиональной инвалидности. На 10 тыс. работающих в среднем приходится 0,012 инвалида вследствие профессионального заболевания ПНС.

Обращаются в медико-социальную экспертизу для установления степени утраты профессиональной трудоспособности 69% профессиональных больных вследствие болезней ПНС, и практически всем ($93,9 \pm 3,8\%$) из них определена УПТ. В динамике лет число обращающихся на освидетельствование растет (до 97,8% в 2018 г.), подавляющему большинству из них определена 30% УПТ, причем возраст 47,1% был менее 44 лет.

Кроме перечисленного перечня социально и экономически значимых аспектов инвалидности вследствие болезней ПНС, которые ведут к прямым трудопотерям и требуют материальной компенсации,

следует учесть огромные расходы общества на лечение, профессиональное переобучивание, на медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию.

Исследование показало, что инвалидность вследствие болезней ПНС представляет значительную социально-экономическую проблему и определяет необходимость повышения внимания к профилактике, своевременной диагностике, лечению заболеваний ПНС среди работающих, улучшения качества медико-социальной экспертизы, реабилитации и абилитации.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Измеров Н. Ф. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. *Медицина труда и промышленная экология*. 2012;(3):1—9.
- Онищенко Г. Г. Состояние условий труда и профессиональной заболеваемости Российской Федерации. *Гигиена труда*. 2009;(1):29—33.
- Измеров Н. Ф. Современные проблемы медицины труда России. *Медицина труда и промышленная экология*. 2015;(2):5—12.
- Башарова А. В., Пенина Г. О. Проблемы инвалидизации при болезнях периферической нервной и костно-мышечной систем. *Bulletin of the International Scientific Surgical Association (BISSA)*. 2017;6(3):9—11.
- Попова А. Ю. Состояние и профессиональная заболеваемость в Российской Федерации. Современные проблемы гигиены и медицины труда. Материалы Всероссийской конференции. Уфа; 22—23 сентября 2015 г. Уфа; 2015. С. 14—20.
- Михеева Л. А., Кунявская Е. М., Уланова М. А. Анализ результатов медико-социальной экспертизы больных с профессиональными заболеваниями в Саратовской области за 2003—2007 гг. В сб.: Проблемы МСЭ и реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: Материалы конференций. Новокузнецк, 16—17 сентября 2008 г. Новокузнецк; 2008. С. 35—7.
- Валеева Э. Г., Бакиров А. Б. Региональные особенности профессиональной заболеваемости в Республике Башкортостан. *Санитарный врач*. 2018;(3):17—21.
- Измеров Н. Ф., Тихонова Г. И. Актуальные проблемы здоровья населения трудоспособного возраста в Российской Федерации. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2010;(4):3—9.
- Иванова Л. Х. Сотрудничество сторон социального партнерства в решении задач улучшения условий и охраны труда. В сб.: Гигиена, профпатология и риски здоровья населения: Материалы конференции. Уфа, 5—6 октября 2016 г. Уфа; 2016. С. 15—21.
- Об итогах деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, ее органов и учреждений в 2016 г. М.; 2017. 151 с.
- Гимранова Г. Г., Бакиров А. Б., Шайхлисламова Э. Р., Каримова Л. К., Бейгуль Н. А., Маврина Л. Н. Заболевания костно-мышечной и периферической нервной систем у нефтяников в условиях сочетанного воздействия вибрации и тяжести трудового процесса. *Гигиена и санитария*. 2017;(6):52—5.
- Низамов Р. Х., Пузанова О. В., Абразакова Р. А., Сабирова Э. Р. Показатели инвалидности граждан трудоспособного возраста и вопросы их профессиональной реабилитации в Республике Татарстан. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2017;(3):64—5.
- Матвеева О. В. Эпидемиологические и этиопатогенетические аспекты компрессионных невропатий нижних конечностей при воздействии неблагоприятных профессиональных факторов. Обзор литературы. *Медицина труда и промышленная экология*. 2017;(2):34—40.
- Вагапова Д. М., Шайхлисламова Э. Р. Вертеброгенная патология у доярок. В сб.: Гигиена, профпатология и риски здоровью населения: Материалы конференции. Уфа, 5—6 октября 2016 г. Уфа; 2016. С. 364—9.

Здоровье и общество

15. Быков А. А. Медико-социальная реабилитация больных с вертеброгенными заболеваниями периферической нервной системы. Иваново; 2002. 24 с.
16. Карамова Л. М., Шайхлисламова Э. Р., Башарова А. В., Власова Н. В. Профессиональная заболеваемость в различных отраслях экономики Республики Башкортостан. *Санитарный врач*. 2018;(5):18—24.
17. Дымочка М. А. Комплексный анализ закономерностей формирования инвалидности и разработка современных методических основ медико-социальной экспертизы при заболеваниях нервной системы. М.; 2010. 24 с.
18. Мавликаева Ю. А., Подлужная М. Я. Оценка динамики и прогноз первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2003;(2):14—6.
19. Кардаков Н. А. Тенденции первичной инвалидности среди лиц молодого возраста в Российской Федерации за 2001—2005 гг. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2006;(6):39—42.
20. Романов А. В. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни как интегральная оценка здоровья россиян. *Экономический журнал Высшей школы экономики*. 2012;(2):497—516.
21. Манакина Е. С., Медведева О. В., Макарова Т. И. Динамика первичной инвалидности и определение потерь продолжительности здоровой жизни трудоспособного населения Рязанской области. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(1):25—7.
22. Михайлова Ю. В., Иванова А. Е. Социально-экономические аспекты инвалидности. М: РИО ЦНИИОИЗ; 2006. 136 с.
9. Ivanova L. H. Cooperation of the parties to the social partnership in solving the problems of improving working conditions and labor protection. In: Hygiene, occupational pathology and public health risks. Conference proceedings. Ufa, October 5—6, 2016 [*Gigiyena, profpatologiya i riski zdorov'ya naseleniya: Materialy konferentsii. Ufa, 5—6 oktyabrya 2016 g.*]. Ufa; 2016. P. 15—21 (in Russian).
10. On the results of the activities of the Federal Service for Supervision in the Field of Consumer Protection and Human Welfare, its Bodies and Institutions in 2016 [*Ob itogakh deyatel'nosti Federal'noy sluzhby po nadzoru v sfere zashchity prav potrebiteley i blagopoluchiya cheloveka, yeye organov i uchrezhdeniy v 2016 g.*]. Moscow; 2017. 151 p. (in Russian).
11. Gimranova G. G., Bakirov A. B., Shaikhislamova E. R., Karimova L. K., Beigul N. A., Mavrina L. N. Diseases of the musculoskeletal and peripheral nervous systems in oilmen in conditions of combined exposure to vibration and severity of the labor process. *Gigiyena i sanitariya = Hygiene and Sanitation*. 2017;(6):52—5 (in Russian).
12. Nizamov R. Kh., Puzanova O. V., Abrazakova R. A., Sabirova E. R. Disability indicators of citizens of working age and issues of their professional rehabilitation in the Republic of Tatarstan. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya = Medical and Social Examination and Rehabilitation*. 2017;(3):64—5 (in Russian).
13. Matveeva O. V. Epidemiological and etiopathogenetic aspects of compression neuropathies of the lower extremities when exposed to adverse occupational factors. Literature Review. *Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya = Labor Medicine and Industrial Ecology*. 2017;(2):34—40 (in Russian).
14. Vagapova D. M., Shaikhislamova E. R. Vertebrogenic pathology in milkmaids. In: Hygiene, occupational pathology and public health risks. Conference proceedings. Ufa, October 5—6, 2016 [*Gigiyena, profpatologiya i riski zdorov'ya naseleniya: Materialy konferentsii. Ufa, 5—6 oktyabrya 2016 g.*]. Ufa; 2016. P. 364—9 (in Russian).
15. Bykov A. A. Medical and social rehabilitation of patients with vertebrogenic diseases of the peripheral nervous system [*Mediko-sotsial'naya reabilitatsiya bol'nykh s vertebroгенными заболеваниями периферической нервной системы*]. Иваново; 2002. 24 p. (in Russian).
16. Karamova L. M., Shaikhislamova E. R., Basharova A. V., Vlasova N. V. Professional incidence in various sectors of the economy of the Republic of Bashkortostan. *Sanitarnyy vrach = Sanitary doctor*. 2018;(5):18—24 (in Russian).
17. Dymochka M. A. A comprehensive analysis of the patterns of disability formation and the development of modern methodological foundations of medical and social expertise in diseases of the nervous system [*Kompleksnyy analiz zakonomernostey formirovaniya invalidnosti i razrabotka sovremennykh metodicheskikh osnov mediko-sotsial'noy ekspertizy pri zabolovaniyakh nervnoy sistemy*]. Moscow; 2010. 24 p. (in Russian).
18. Mavlikaeva Yu. A., Podluzhnaya M. Ya. Assessment of dynamics and forecast of primary disability of persons of working age. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Health Care and The History of Medicine*. 2003;(2):14—6 (in Russian).
19. Kardakov N. A. Trends of primary disability among young people in the Russian Federation for 2001—2005. *Zdravoookhraneniye Rossiyskoy Federatsii = Healthcare of the Russian Federation*. 2006;(6):39—42 (in Russian).
20. Romanov A. V. Life expectancy of a healthy life as an integral assessment of the health of Russians. *Ekonomicheskyy zhurnal Vysshey shkoly ekonomiki = Economic Journal of the Higher School of Economics*. 2012;(2):497—516 (in Russian).
21. Manakina E. S., Medvedev O. V., Makarova T. I. Dynamics of primary disability and determination of the losses of the healthy life expectancy of the able-bodied population of the Ryzan region. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Health Care and The History of Medicine*. 2018;26(1):25—7 (in Russian).
22. Mikhailova Yu. V., Ivanova A. E. Socio-economic aspects of disability [*Sotsial'no-ekonomicheskiye aspekty invalidnosti*]. Moscow: RIO CNIIОIЗ; 2006. 136 p. (in Russian).

Поступила 13.07.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Izmerov N. F. Measurement Concept of long-term socio-economic development of the Russian Federation for the period up to 2020. *Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya = Labor Medicine and Industrial Ecology*. 2012;(3):1—9 (in Russian).
2. Onishchenko G. G. State of working conditions and occupational morbidity of the Russian Federation. *Gigiyena truda = Occupational health*. 2009;(1):29—33 (in Russian).
3. Metramov N. F. Modern problems of labor medicine in Russia. *Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya = Labor Medicine and Industrial Ecology*. 2015;(2):5—12 (in Russian).
4. Basharova A. V., Penina G. O. Problems of disability in diseases of the peripheral nervous and musculoskeletal systems. *Bulletin of the International Scientific Surgical Association (BISSA)*. 2017;6(3):9—11 (in Russian).
5. Popova A. Yu. Condition and occupational incidence in the Russian Federation. In: Modern problems of occupational health and medicine. Materials of the All-Russian Conference. Ufa, September 22—23, 2015 [*Sovremennyye problemy gigiyeny i meditsiny truda. Materialy Vserossiyskoy konferentsii. Ufa; 22—23 sentyabrya 2015 g.*]. Ufa; 2015. P. 14—20 (in Russian).
6. Mikheeva L. A., Kunyavskaya E. M., Ulanova M. A. Analysis of the results of medical and social examination of patients with occupational diseases in the Saratov region for 2003—2007. In: Problems of ITU and rehabilitation of victims of industrial accidents and occupational diseases. Conference proceedings. Novokuznetsk; September 16—17, 2008 [*Problemy MSE i reabilitatsii postradavshikh ot neschastnykh sluchayev na proizvodstve i professional'nykh zabolovaniy: Materialy konferentsiy. Novokuznetsk, 16—17 sentyabrya 2008 g.*]. Novokuznetsk; 2008. P. 35—7 (in Russian).
7. Valeeva E. G., Bakirov A. B. Regional features of professional morbidity in the Republic of Bashkortostan. *Sanitarnyy vrach = Sanitary Doctor*. 2018;(3):17—21 (in Russian).
8. Metramov N. F., Tikhonova G. I. Current health problems of the working age population in the Russian Federation. *Vestnik Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk = Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2010;(4):3—9 (in Russian).

Погосян Г. Э.¹, Гречко А. В.², Пузин С. Н.^{2,3}, Шургая М. А.³, Меметов С. С.⁴

ПОВТОРНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница имени Е. О. Мухина Департамента здравоохранения города Москвы», 111399, г. Москва;

²ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии» Минобрнауки России, 141534, г. Москва;

³ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 1125993, г. Москва;

⁴ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону

Представлены результаты анализа повторной инвалидности вследствие рака щитовидной железы взрослого населения г. Москвы в 2015—2019 гг. Выявлена негативная динамика роста численности повторно признанных инвалидами вследствие рака щитовидной железы во всех основных возрастных контингентах взрослого населения (молодого, среднего и пожилого возраста). Аналогичная тенденция роста имела место и в гендерных контингентах повторно признанных инвалидами (среди мужчин прирост составил 112,5%, среди женщин — 196,3%). В структуре повторной инвалидности по полу преобладали женщины, по возрасту — пожилые. Выявлена динамика снижения доли повторно признанных инвалидами с I группой инвалидности и повторно признанных инвалидами с III группой, но повышение удельного веса повторно признанных инвалидами со II группой инвалидности. Доля инвалидов с I и II группой инвалидности среди мужчин, повторно признанных инвалидами, была выше по сравнению с женщинами. Большинство инвалидов вследствие рака щитовидной железы не работают.

Результаты проведенного исследования предоставляют спектр нарушений основных функций организма, их степени, а также видов и степени выраженности ограничений жизнедеятельности у инвалидов вследствие рака щитовидной железы. Сформированная база данных об особенностях повторной инвалидности взрослого населения вследствие рака щитовидной железы может быть использована для реализации персонализированного подхода к медико-социальной реабилитации растущего контингента инвалидов со злокачественным поражением важнейшего органа эндокринной системы.

Ключевые слова: повторная инвалидность; щитовидная железа; рак; нарушение функции; ограничение жизнедеятельности.

Для цитирования: Погосян Г. Э., Гречко А. В., Пузин С. Н., Шургая М. А., Меметов С. С. Повторная инвалидность взрослого населения вследствие рака щитовидной железы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):226—231. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-226-231>

Для корреспонденции: Шургая Марина Арсеньевна, д-р мед. наук, профессор кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, e-mail: daremar@mail.ru

Pogosyan G. E.¹, Grechko A. V.², Puzin S. N.^{2,3}, Shurgaya M. A.³, Memetov S. S.⁴

THE REPEATED DISABILITY BECAUSE OF THYROID CANCER IN ADULT POPULATION

¹The State Budget Institution of Health Care “The E. O. Mukhin Municipal Clinical Hospital of the Moscow Health Care Department”, 111399, Moscow, Russia;

²The Federal State Budget Scientific Institution “The Federal Scientific Clinical Center of Reanimation and Rehabilitology” of Minobrnauka of Russia, 141534, Moscow, Russia;

³The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of Minzdrav of Russia, 125445, Moscow, Russia;

⁴The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Rostov State Medical University” of Minzdrav of Russia, 344022, Rostov-on-Don, Russia

The article presents the results of analysis of repeated disability because of thyroid cancer in adult population of Moscow in 2015—2019. The study established negative dynamics of increasing of the number of individuals with repeated disability because of thyroid cancer in all essential age contingents (young, middle and elderly age) of adult population. The similar trend was revealed in gender contingents of individuals with repeated disability because of thyroid cancer (in males, increase was made up to 112.5% and in females up to 196.3%).

In the gender and age structure of repeated disability because of thyroid cancer, predominated females and the elderly. The study established dynamics of decreasing of percentage of individuals with repeated disability because of thyroid cancer of the disability groups I and III and corresponding increasing in disability group II. The percentage of individuals with repeated disability because of thyroid cancer in disability groups I and II was higher in males as compared with females. Most individuals with disabilities because of thyroid cancer don't work.

The study results make available spectrum of disorders of main functions of organism, their degree and types and intensity of limitations in vital activity of individuals with repeated disability because of thyroid cancer. The organized database of characteristics of repeated disability because of thyroid cancer in adult population can be used in implementation of personalized approach to medical social rehabilitation of increasing number of disabled individuals with malignant damage of the most important organ of endocrine system.

Keywords: repeated disability; thyroid; cancer; dysfunction; limitations in vital activity.

For citation: Pogosyan G. E., Grechko A. V., Puzin S. N., Shurgaya M. A., Memetov S. S. The repeated disability because of thyroid cancer in adult population. *Problemi socialnoi gigieni, zdavoookhranenia i istorii meditsini*. 2022;30(2):226—231 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-226-231>

For correspondence: Shurgaya M. A., doctor of medical sciences, professor of the Chair of Geriatrics and Medical Social Expertise of the Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education of Minzdrav of Russia. e-mail: daremar@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Введение

Злокачественные новообразования (ЗНО) являются глобальной медико-социальной проблемой, так как обуславливают высокую заболеваемость и смертность населения [1]. В Российской Федерации ЗНО занимают лидирующие позиции в структуре инвалидности взрослого населения (первое-второе рейтинговое место в структуре первичной и повторной инвалидности). По возрасту преобладают пожилые люди, а по тяжести инвалидности — инвалиды с тяжелой II группой. Динамика инвалидности вследствие ЗНО характеризуется негативной тенденцией роста численности инвалидов вследствие данной патологии (129,2 тыс. инвалидов в 2015 г., 22,3 тыс. инвалидов в 2019 г.) [2, 3].

Аспекты инвалидности вследствие рака щитовидной железы, распространенность которого среди населения характеризуется ростом [4—6], в литературе не освещены.

Цель исследования — анализ повторной инвалидности вследствие рака щитовидной железы в г. Москве.

Материалы и методы

Объектом изучения стали данные государственной статистической отчетности 7 (собес) «Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше», утвержденные Росстатом России. Проводили статистическую обработку основных показателей повторной инвалидности взрослого населения г. Москвы вследствие рака щитовидной железы. Выделены три основных возрастных контингента инвалидов: молодого возраста (женщины и мужчины до 44 лет), среднего возраста (женщины 45—54 лет и мужчины 45—59 лет), пожилого возраста (женщины 55 лет и старше и мужчины 60 лет и старше). Период исследования — 2015—2019 гг.

Методы исследования — документальный, выкопировки данных, статистический и графический. Описательная статистика представлена в виде относительных интенсивных и экстенсивных коэффициентов. Для количественной оценки тенденций динамических рядов использованы показатели «темпа роста/убыли» и «наглядность». Сравнения двух групп по числовым показателям осуществлялись на основе непараметрического критерия Манна—Уитни. Сравнения трех и более групп по числовым шкалам осуществлялись с помощью непараметрического метода Краскела—Уоллиса. Для описания количественных шкал применялись среднее значение и стандартное отклонение в виде $M \pm S$, а для оценки относительного разброса использовался коэффициент вариации (V), который характеризует однородность показателя и позволяет сравнивать однородность разных показателей, независимо от их масштаба и единиц измерения. Для описания структуры показателя использовались медиана и квартили в формате $Me [LQ; UQ]$ и минимум и максимум для оценки диапазона колебания показателя в формате $Min; Max$. Уровень статистической значимости был

зафиксирован на уровне вероятности ошибки 0,05. Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10 и SAS JMP 11.

Результаты исследования

Повторно признано инвалидами (ППИ) вследствие рака щитовидной железы в период 2015—2019 гг. 4660 инвалидов. Динамика численности ППИ характеризовалась увеличением с 534 в 2015 г. до 1495 в 2019 г. (прирост — 180%). Тенденция к росту численности ППИ имела место во всех основных возрастных контингентах. Численность ППИ молодого возраста увеличилась со 146 в 2015 г. до 455 в 2019 г. Всего повторно признаны инвалидами 1364 лиц молодого возраста (в среднем за год — 273). В контингенте ППИ среднего возраста динамика характеризовалась ростом численности с 206 в 2015 г. до 437 в 2019 г. Всего повторно признаны инвалидами 1441 человек среднего возраста (в среднем за год — 288). В контингенте ППИ пожилого возраста также отмечен рост со 182 в 2015 г. до 603 в 2019 г. Всего в этот период повторно признаны инвалидами 1855 пациентов пожилого возраста (в среднем за год — 371).

В гендерных контингентах численность мужчин ППИ, составляя в 2015 г. 104 человека, возрастала до 141 в 2016 г., до 174 в 2017 г., до 193 в 2018 г., до 221 в 2019 г. (в среднем за год — 167). Всего повторно признаны инвалидами 833 мужчины, прирост составил 112,5%. В структуре повторной инвалидности по возрасту преобладали ППИ среднего возраста, их удельный вес составлял 45,7% от общей численности ППИ мужчин (31,8% молодых и 22,4% пожилого возраста).

В период 2015—2019 гг. повторно признаны инвалидами с диагнозом рак щитовидной железы 3827 женщин: от 430 в 2015 г. до 547 в 2016 г., 723 в 2017 г., 853 в 2018 г., 1274 в 2019 г. (в среднем за год — 765). Прирост составил 196,3%. Удельный вес ППИ женщин среднего возраста был наименьшим (27,7%), преобладали пациентки пожилого возраста (43,6%), молодой возраст составлял 28,7% общей численности ППИ женского пола.

Динамические ряды численности ППИ в различных гендерных контингентах имели особенности. Так, в женском контингенте ППИ темп роста составлял в 2016—2017 гг. 27,2—32,2%, в 2018 г. замедлился до 18%, а в 2019 г. отмечен значительный рост с темпом 49,4%. В мужском контингенте ППИ в 2016 г. темп роста составлял 35,6%, в 2017—2018 гг. имело место его замедление до 23,4 и 10,9% соответственно, а в 2019 г. темп роста составил 14,5%. В общем контингенте ППИ темп роста составлял 28,8% в 2016 г., 30,4% в 2017 г., в 2018 г. отмечалось замедление темпа роста до 16,6%, но в 2019 г. произошло существенное его прибавление (+42,9%). Показатель наглядности в 2019 г. по отношению к 2015 г., принятому за 100%, был равен для мужского населения 212,5%, для женского населения — 296,3%, а в общем контингенте составил 280%.

Контингент ППИ вследствие рака щитовидной железы: ограничения жизнедеятельности (в абс. ед.)

Вид ограничения жизнедеятельности	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	Уровень различия
Способность к трудовой деятельности:	<i>n</i> =402	<i>n</i> =641	<i>n</i> =890	<i>n</i> =1019	<i>n</i> =1458	<i>p</i> , (<i>df</i> =8)
I степень	332 (82,6)	538 (83,9)	750 (84,3)	854 (83,8)	920 (63,1)	<0,0001
II степень	61 (15,2)	100 (15,6)	128 (14,4)	159 (15,6)	518 (35,5)	
III степень	9 (2,2)	3 (0,5)	12 (1,3)	6 (0,6)	20 (1,4)	
Способность к самообслуживанию:	<i>n</i> =529	<i>n</i> =683	<i>n</i> =885	<i>n</i> =1033	<i>n</i> =1434	<i>p</i> , (<i>df</i> =8)
I степень	375 (70,9)	493 (72,2)	603 (68,1)	647 (62,6)	1220 (85,1)	<0,0001
II степень	141 (26,7)	181 (26,5)	266 (30,1)	375 (36,3)	201 (14,0)	
III степень	13 (2,5)	9 (1,3)	16 (1,8)	11 (1,1)	13 (0,9)	
Способность к передвижению:	<i>n</i> =65	<i>n</i> =133	<i>n</i> =178	<i>n</i> =305	<i>n</i> =334	<i>p</i> , (<i>df</i> =8)
I степень	49 (75,4)	103 (77,4)	135 (75,8)	262 (85,9)	289 (86,5)	0,0073
II степень	12 (18,5)	27 (20,3)	37 (20,8)	39 (12,8)	41 (12,3)	
III степень	4 (6,2)	3 (2,3)	6 (3,4)	4 (1,3)	4 (1,2)	

Примечание. В скобках — проценты.

Уровень повторной инвалидности общего контингента взрослого населения вследствие рака щитовидной железы в г. Москве в 2015 г. равнялся 0,51 на 10 тыс. соответствующего населения, в 2019 г. он увеличился до 1,40 (на 174%). В контингенте трудоспособного населения (совокупность ППИ молодого и среднего возраста) интенсивный показатель увеличился с 0,48 в 2015 г. до 1,24 в 2019 г. на 10 тыс. населения соответствующего возраста, а в контингенте пожилого населения — с 0,58 до 1,30 соответственно.

Дифференциация повторной инвалидности вследствие рака щитовидной железы взрослого населения г. Москвы с учетом групп инвалидности характеризовалась следующими особенностями. Численность ППИ I группы в динамике увеличилась с 14 в 2015 г. до 20 в 2019 г. (темп роста 100%). Численность ППИ II группы в 2015 г. составляла 143, в 2016 г. увеличилась до 183 (темп роста +28%), в 2017 г. — до 271 (темп роста +48,1%), в 2018 г. — до 381 (темп роста + 41%) и составила 535 в 2019 г. (темп роста +40%). Численность ППИ III группы составляла в 2015 г. 377, в 2016 г. — 495 (темп роста +31,3%), в 2017 г. — 608 (темп роста +22,8%), в 2018 г. — 655 (темп роста +7,7%) и достигла максимального значения 940 ППИ (темп роста +44%) в 2019 г.

Динамика структуры первичной инвалидности с учетом групп инвалидности по годам была следующей. Во все годы преобладали ППИ III группы, удельный вес их составлял в 2015—2016 гг. 70,6—71,9% (максимальные значения), в последующем отмечено снижение до 62,9% (в среднем за год — 66%). Доля ППИ II группы в 2015—2016 гг. составила 26,8—26,6%, затем увеличилась с 30,2% в 2017 г. до 36,4% в 2018 г., но в 2019 г. уменьшилась до 35,8% (в среднем за год — 32,5%). Удельный вес ППИ I группы был значительно меньше: в 2015 г. составлял 2,6%, в 2016—2017 гг. колебался в пределах 1,5—2%, в 2018 г. уменьшился до 1,0%, а в 2019 г. незначительно увеличился до 1,3% (в среднем за год — 1,5%). Среди женщин ППИ удельный вес инвалидов I и III групп уменьшился, но выявлен рост инвалидов II группы инвалидности. В мужском контингенте динамика была аналогичной: рост доли ППИ со II группой с 33,5% в 2015 г. до 37,7% в 2019 г. и ее

уменьшение в других группах инвалидности (ППИ с I группой — с 5,8 до 4%, со II группой — с 60,6 до 58,1% соответственно).

В общем контингенте ППИ вследствие рака щитовидной железы (за основу взят 2019 г.) преобладающее число инвалидов имело умеренную степень (I степень) выраженности нарушений основных функций организма (функции крови и иммунной системы и функции эндокринной системы и метаболизма). В контингенте мужчин нарушение функции системы крови и иммунной системы отмечено у 3,3% ППИ с I группой, у 43,5% ППИ со II группой, у 53,2% ППИ с III группой инвалидности. Нарушение функции эндокринной системы и метаболизма имело место у 34,4% ППИ со II группой и у 65,6% ППИ с III группой инвалидности. У 1,4% ППИ отмечалось нарушение нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций.

Среди женщин нарушение функции системы крови и иммунной системы имело место у 1,0% ППИ с I группой, у 34,8% ППИ со II группой и у 64,2% ППИ с III группой инвалидности. В этом контингенте отмечалось также нарушение функции эндокринной системы и метаболизма, в том числе у 32,5% ППИ со II группой и у 67,5% ППИ с III группой инвалидности. Выявлены единичные случаи нарушения функции нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций (0,2% общей численности ППИ) и мочевыделительной функции (0,2%), а также нарушение, обусловленное физическим уродством (0,1%).

В общем контингенте ППИ вследствие рака щитовидной железы основными видами ограничений жизнедеятельности были нарушения способности к самообслуживанию (98,6%), к трудовой деятельности (94,7%) и к передвижению (21,3%). В контингентах преобладали I и II степень ограничений жизнедеятельности. В динамике по годам доля ППИ, имевших I степень нарушения трудоспособности, снижалась (с 82,6% в 2015 г. до 63,1% в 2019 г.). В то же время отмечена негативная тенденция увеличения удельного веса ППИ с более тяжелой II степенью нарушения способности к трудовой деятельности с 15,2 до 35,5%. Удельный вес ППИ с III степенью нарушения трудоспособности снижался с 2,2 до 1,4%. Имела место позитивная динамика уменьше-

Здоровье и общество

ния удельного веса ППИ с II (с 18,5 до 12,3%) и III (с 6,2 до 1,2%) степенью нарушения способности к передвижению на фоне увеличения удельного веса ППИ с I степенью нарушения этой способности с 75,4% в 2015 г. до 86,5% в 2019 г. (см. таблицу).

Контингент ППИ с нарушением способности к самообслуживанию в динамике характеризовался ростом удельного веса инвалидов с I степенью выраженности нарушения (с 70,9% в 2015 г. до 85,1% в 2019 г.). Однако в 2017—2018 гг. отмечена негативная тенденция роста удельного веса ППИ со II степенью выраженности нарушения (с 26,5 до 36,3%), что сменилось значительным снижением (до 14%) в 2019 г. Удельный вес ППИ с III степенью выраженности нарушения в 2019 г. снизился до минимального значения экстенсивного показателя.

Среди мужчин ППИ нарушение способности к самообслуживанию отмечено у 812 (97,5% общей численности мужчин ППИ), к труду — у 784 (94,1%), а к передвижению — у 199 (23,9%). В контингенте женщин ППИ самообслуживание было ограничено у 3752 (98% от общего числа женщин ППИ), способность к труду и передвижению — у 3626 (94,8%) и 816 (21,3%) соответственно.

I степень нарушения трудоспособности преобладала среди работающих у 451 ППИ (61,7%), среди неработающих — у 885 (61,3%). Удельный вес инвалидов со II степенью нарушения этого вида жизнедеятельности был выше в контингенте работающих — 275 (37,6%), среди неработающих он составил 506 (35,6%). III степень нарушения способности к трудовой деятельности отмечена у минимального числа инвалидов: в контингенте работающих — у 5 (0,7%), неработающих — у 30 (2,1%).

Среди повторно освидетельствованных мужчин работали 76 (34,4%) ППИ, из них 34 (44,7%) были в молодом возрасте, 31 (40,8%) — в среднем, 11 (14,5%) — в пожилом. Даная группа инвалидов включала 30 (39,5%) ППИ со II и 46 (60,5%) с III группой инвалидности. Среди занятых трудовой деятельностью ППИ мужчин работали по основной профессии (специальности) без снижения квалификации и объема трудовой деятельности (ОТД) 48 (63,2%) ППИ, с уменьшением ОТД — 7 (9,2%), в другой профессии (специальности) без снижения квалификации и ОТД — 18 (23,7%) ППИ, со снижением квалификации — 2 (2,6%), с уменьшением ОТД — 1. Не работали 145 мужчин ППИ (65,6% общей численности таковых).

В контингенте повторно освидетельствованных женщин работали 395 (31%) ППИ, среди которых 163 (41,3%) были в молодом возрасте, 139 (35,2%) — в среднем, 93 (23,5%) — в пожилом. Среди работающих женщин ППИ 254 были с III группой инвалидности, 140 (35,4%) со II и 1 (0,3%) с I группой инвалидности. Работали по основной профессии (специальности) без снижения квалификации и ОТД 269 (68,1%) ППИ, с уменьшением ОТД — 25 (6,3%), со снижением квалификации — 11 (2,8%), в специально созданных условиях — 5 (1,3%), с изменением условий трудовой деятельности — 1 (0,2%) ППИ. Ра-

ботали в другой профессии (специальности) без снижения квалификации и ОТД 66 (16,7%) ППИ, со снижением квалификации — 11 (2,8%), с уменьшением ОТД — 7 (1,8%). Не работали 879 женщин (69% общей численности женщин ППИ).

Обсуждение

В результате проведенного исследования сформирована база данных, которая отражает динамику и структуру повторной инвалидности взрослого населения в г. Москве вследствие рака щитовидной железы.

Выявлена негативная динамика роста численности ППИ вследствие рака щитовидной железы во всех основных возрастных контингентах взрослого населения г. Москвы (2015—2019). Аналогичная тенденция роста имела место и в гендерных контингентах ППИ (среди мужчин прирост составил 112,5%, среди женщин — 196,3%). В структуре повторной инвалидности по полу преобладали женщины ППИ (в среднем за год 82,1%), по возрасту — ППИ пожилого возраста (39,8%).

Проблему инвалидности больных ЗНО необходимо рассматривать в контексте увеличения численности лиц пожилого и старческого возраста в Российской Федерации, что соответствует общемировому процессу демографической трансформации населения [7, 8]. Пожилые страдают снижением адаптационных возможностей организма, полипатией, ассоциированными с возрастом изменениями функций важнейших органов и систем, в том числе с инициацией неопластической трансформации [7—10]. Это обуславливает стойкие нарушения здоровья и повышает риск инвалидности [11].

В общем контингенте ППИ преобладали инвалиды с III (66,0%) и II (32,5%) группами инвалидности. Выявлена противоположная динамика снижения удельного веса ППИ с I (2,6—1,3%) и с III (70,6—62,9%) группами инвалидности, но повышение его при II группе инвалидности (26,8—35,8%). Доля инвалидов с I и II группой среди мужчин ППИ была выше (4,2 и 37,7% соответственно) по сравнению с контингентом женщин ППИ (1,1 и 31,2% соответственно).

Рост повторной инвалидности вследствие рака щитовидной железы и структура инвалидности по полу и возрасту обусловлены как распространением и половозрастными особенностями заболеваемости раком щитовидной железы, так и проблемой поздней диагностики [12—15]. Это осложняет своевременное начало лечения и проведение реабилитационных мероприятий, что обуславливает первичную инвалидность. При переосвидетельствовании констатируются низкие показатели преодоления ограничений жизнедеятельности, препятствующие социальной адаптации (инклюзии).

В обоих гендерных контингентах преобладала I степень нарушения трудоспособности. Однако большинство инвалидов вследствие рака щитовидной железы не работают. Низкая трудовая деятельность инвалидов вследствие рака щитовидной желе-

зы корреспондирует с данными в отношении недостаточной эффективности медико-социальной реабилитации инвалидов (преобладает медицинская реабилитация, низкие показатели социальной реабилитации) [11].

Заключение

Выявленная динамика роста численности ППИ вследствие рака щитовидной железы указывает на необходимость оптимизации медико-социальной реабилитации.

Повторная инвалидность населения вследствие ЗНО отражает как уровень здоровья и качества лечебно-профилактических мероприятий, так и состояние социальной защиты человека с стойким нарушением здоровья.

В контингенте ППИ вследствие рака щитовидной железы преобладают лица с III группой инвалидности. Указанное предоставляет возможность для их активной социализации при повышении эффективности профессиональной реабилитации. Важен персонифицированный подход с учетом спектра нарушений основных функций организма, их степени, а также видов и степени выраженности ограничений жизнедеятельности у инвалидов вследствие рака щитовидной железы.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *Cancer J. Clin.* 2021;71(3):209—49. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4.
- Здравоохранение в России: Статистический сборник. М.: Федеральная служба государственной статистики (Росстат); 2019. 170 с.
- Шургая М. А. Нозологический спектр инвалидности пожилой категории населения в Российской Федерации и особенности реабилитационно-экспертной диагностики, реабилитации и абилитации. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2017;(3):136—43.
- Петрова Г. В., Старинский В. В., Грецова О. П. Злокачественные новообразования щитовидной железы в России в 1994—2014 гг. *Онкология. Журнал им. П. А. Герцена.* 2017;6(2):33—6. doi: 10.17116/onkolog20165633-36
- Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П. А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России; 2019.
- Tuttle R. M., Alzahrani A. S. Risk Stratification in Differentiated Thyroid Cancer: From Detection to Final Follow-up. *J. Clin. Endocrinol. Metabolism.* 2019;104(9):4087—100. doi: 10.1210/jc.2019-00177
- Ткачева О. Н. Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации. *Вестник Росздравнадзора.* 2016;(4):31—5.
- World Health Organization. World report on ageing and health. 2015. Режим доступа: <https://who.int/life-course/publications/2015-ageing-report/en/>
- Мустафин Р. Н., Хуснутдинова Э. К. Взаимосвязь эпигенетических факторов в механизмах старения и малигнизации. *Успехи физиологических наук.* 2017;48(2):72—99.
- Ambatipudi S., Horvath S., Perrier F., Cuenin C., Hernandez-Vargas H., Le Calvez-K et al. DNA methylome analysis identifies accelerated epigenetic ageing associated with postmenopausal breast cancer susceptibility. *Eur. J. Cancer.* 2017;75:299—307. doi: 10.1016/j.ejca.2017.01.014
- Пузин С. Н., Шургая М. А., Дмитриева Н. В., Погосян Г. Э., Ялина И. В., Маммараева А. М. Эпидемиология инвалидности взрослого населения в Российской Федерации. *Эпидемиология и вакцинопрофилактика.* 2019;18(5):14—23. doi: 10.31631/2073-3046-219-18-5-14-23
- Бельцевич Д. Г., Ванушко В. Э., Румянцев П. О., Мельниченко Г. А., Кузнецов Н. С., Абросимов А. Ю. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению высокодифференцированного рака щитовидной железы у взрослых, 2017 год. *Эндокринная хирургия.* 2017;11(1):6—27. doi: 10.14341/serg201716-27
- Качко В. А., Семкина Г. В., Платонова Н. М., Ванушко В. Э., Абросимов А. Ю. Диагностика новообразований щитовидной железы. *Эндокринная хирургия.* 2018;12(3):109—27. doi: 10.14341/serg9977
- Haugen B. R., Alexander E. K., Bible K. C., Doherty G. M., Mandel S. J., Nikiforov Y. E. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016;26(1):1—133. doi: 10.1089/thy.2015.0020
- Абдрашитова А. Т., Панова Т. Н., Дьякова О. Н., Джуваляков С. Г., Теплый Д. Л. Подходы к ранней диагностике рака щитовидной железы. *Кубанский научный медицинский вестник.* 2018;25(3):139—48. doi: 10.25207/1608-6228-2018-25-3-139-148

Поступила 12.07.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

- Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., Laversanne M., Soerjomataram I., Jemal A., Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *Cancer J. Clin.* 2021;71(3):209—49. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4.
- Healthcare in Russia. Statistical pocketbook. Moscow: Federal State Statistics Service (Rosstat); 2019. 170 p. (in Russian).
- Shurgaya M. A. Nosological spectrum of the disability in the elderly population of the elderly category in the Russian Federation and peculiarities of rehabilitation-expert diagnostics, rehabilitation and abilitation. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya = Medical and Social Expertise and Rehabilitation.* 2017;(3):136—43 (in Russian).
- Petrova G. V., Starinsky V. V., Gretsova O. P. Malignant neoplasms of the thyroid gland in Russia in 1994—2014. *Onkologiya. Zhurnal im. P. A. Gertsena.* 2017;6(2):33—6. doi: 10.17116/onkolog20165633-36 (in Russian).
- Kaprin A. D., Starinsky V. V., Petrova G. V. Malignant neoplasms in Russia in 2018 (morbidity and mortality) [*Zlokachestvennyye novooobrazovaniya v Rossii v 2018 godu (zabolevayemost' i smertnost')*]. Moscow: MNIOI im. P. A. Herzen — branch of the Federal State Budgetary Institution «NMIRC» of the Ministry of Health of Russia; 2019 (in Russian).
- Tuttle R. M., Alzahrani A. S. Risk Stratification in Differentiated Thyroid Cancer: From Detection to Final Follow-up. *J. Clin. Endocrinol. Metabolism.* 2019;104(9):4087—100. doi: 10.1210/jc.2019-00177
- Tkacheva O. N. The modern concept of the geriatric care development in the Russian Federation. *Vestnik Roszdravnadzora.* 2016;(4):31—5 (in Russian).
- World Health Organization. World report on ageing and health. 2015. Available at: <https://who.int/life-course/publications/2015-ageing-report/en/>
- Mustafin R. N., Khusnutdinova E. K. The relationship of epigenetic factors in the mechanisms of aging and malignancy. *Uspekhi fiziologicheskikh nauk = Advances in Physiological Sciences.* 2017;48(2):72—99 (in Russian).
- Ambatipudi S., Horvath S., Perrier F., Cuenin C., Hernandez-Vargas H., Le Calvez-K et al. DNA methylome analysis identifies accelerated epigenetic ageing associated with postmenopausal breast cancer susceptibility. *Eur. J. Cancer.* 2017;75:299—307. doi: 10.1016/j.ejca.2017.01.014
- Puzin S. N., Shurgaya M. A., Dmitrieva N. V., Pogosyan G. E., Lyalina I. V., Mammaraeva A. M. Epidemiology of disability of adult population in the Russian Federation. *Эпидемиология и вакцинопрофилактика = Epidemiology and Vaccinal Prevention.* 2019;18(5):14—23. doi: 10.31631/2073-30462019-18-5-14-23 (in Russian).

Здоровье и общество

12. Beltsevich D. G., Vanushko V. E., Rumyantsev P. O., Melnichenko G. A., Kuznetsov N. S., Abrosimov A. Yu., et al. Russian clinical guidelines for the diagnosis and treatment of highly differentiated thyroid cancer in adults, 2017. *Endokrinmaya khirurgiya = Endocrine Surgery*. 2017;11(1):6–27. doi: 10.14341/serg201716-27 (in Russian).
13. Kachko V. A., Semkina G. V., Platonova N. M., Vanushko V. E., Abrosimov A. Yu. Diagnosis of neoplasms of the thyroid gland. *Endokrinmaya khirurgiya = Endocrine Surgery*. 2018;12(3):109–27. doi: 10.14341/serg9977 (in Russian).
14. Haugen B. R., Alexander E. K., Bible K. C., Doherty G. M., Mandel S. J., Nikiforov Y. E. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1–133. doi: 10.1089/thy.2015.0020
15. Abdrashitova A. T., Panova T. N., Dyakova O. N., Dzhuvalyakov S. G., Teply D. L. Approaches to the early diagnosis of thyroid cancer. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik = Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2018;25(3):139–48. doi: 10.25207/1608-6228-2018-25-3-139-148 (in Russian).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2022
УДК 614.1:616.3:314.48

Будаев Б. С.¹, Кицул И. С.¹, Банзарова Л. П.², Тармаева И. Ю.³, Богданова О. Г.⁴

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ: СТРУКТУРА И ДИНАМИКА НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования — филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 664049, г. Иркутск;

²ГБУЗ «Республиканский информационно-аналитический центр» Минздрава Республики Бурятия, 670031, г. Улан-Удэ;

³ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», 109240, г. Москва;

⁴ФГБНУ «Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований», 665827, г. Ангарск

Болезни органов пищеварения в значительной степени способствуют преждевременной смертности населения. В Республике Бурятия в структуре первичной заболеваемости населения они занимают третье место (6,7%), в структуре смертности — четвертое (6,6%), что обусловило актуальность и цель исследования — выявить особенности структуры и динамики заболеваемости и смертности населения вследствие болезней органов пищеварения в Республике Бурятия за 2009—2018 гг. Материалами для проведения анализа явились формы государственной статистической отчетности и официальные сведения территориального органа Федеральной службы государственной статистики в Республике Бурятия за 2009—2018 гг., отчетные и учетные формы медицинских организаций, в частности формы отраслевой статистической отчетности № 42 «Отчет врача судебно-медицинского эксперта, бюро судебно-медицинской экспертизы». Исследование проведено с применением статистического, аналитического методов, а также метода сравнительного анализа. Проведенный анализ свидетельствует об увеличении показателя первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения с 4051,0 до 4226 на 100 тыс. населения, а также увеличении показателей смертности от указанных заболеваний населения Республики Бурятия с 60,6 до 62,5 на 100 тыс. населения. Основными причинами увеличения заболеваемости и смертности в Республике Бурятия являются болезни печени, в частности фиброз и цирроз печени вследствие сохранения алкоголизации населения, несвоевременной диагностики и лечения патологии печени в группе «старше трудоспособного возраста».

Ключевые слова: заболеваемость; смертность; болезни органов пищеварения; Республика Бурятия.

Для цитирования: Будаев Б. С., Кицул И. С., Банзарова Л. П., Тармаева И. Ю., Богданова О. Г. Болезни органов пищеварения: структура и динамика на региональном уровне. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):232—238. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-232-238>

Для корреспонденции: Богданова Ольга Георгиевна, канд. мед. наук, старший научный сотрудник лаборатории эколого-гигиенических исследований ФГБНУ «Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований», e-mail: olga.bogdanova2001@gmail.com

Budaev B. S.¹, Kitsul I. S.¹, Banzarova L. P.², Tarmaeva I. Yu.³, Bogdanova O. G.⁴

THE DISEASES OF DIGESTIVE APPARATUS: THE STRUCTURE AND DYNAMICS AT REGIONAL LEVEL

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education of Continuing Professional Education “The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education”, 664049, Irkutsk, Russia;

²The State Budget Institution of Health Care “The Republican Medical Informational Analytical Center” of Minzdrav of the Republic of Buryatia, 670031, Ulan-Ude, Russia;

³The Federal State Budget Institution of Science “The Federal Research Center of Nutrition and Biotechnology”, 109240, Moscow, Russia;

⁴The Federal State Budget Scientific Institution “The Eastern Siberian Institute of Medical Ecological Studies”, 665827, Angarsk, Russia

The diseases of digestive apparatus significantly contribute into premature mortality of population. In the Republic of Buryatia, the diseases of digestive apparatus occupy third place in the structure of primary morbidity of population (6.7%) and fourth place in the structure of total mortality (6.6%). The purpose of the study is to establish characteristics of structure and dynamics of morbidity and mortality of population because of diseases of digestive apparatus in the Republic of Buryatia in 2009—2018. The analysis was based on data from state statistical reporting forms and official reports of the Territorial Authority of the Federal State Statistics Service in Republic of Buryatia for 2009—2018, reporting and accounting forms of medical organizations. The study was carried out using statistical, analytical methods, as well as elements of comparative analysis. The analysis testifies increasing of indicator of primary morbidity of diseases of digestive apparatus from 4051.0 to 4226.1 per 100 thousand of population and of mortality of diseases of digestive apparatus in the Republic of Buryatia from 60.6 to 62.5 per 100 thousand of population. The main causes of increasing of morbidity and mortality from diseases of digestive apparatus in the Republic of Buryatia are liver diseases, in particular liver fibrosis and cirrhosis because of alcoholization of population, undue diagnostics and treatment of liver pathology in the group “older than able-bodied age”.

Key words: morbidity; mortality; diseases; digestive apparatus; Republic of Buryatia.

For citation: Budaev B. S., Kitsul I. S., Banzarova L. P., Tarmaeva I. Yu., Bogdanova O. G. The diseases of digestive apparatus: the structure and dynamics at regional level. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2022;30(2):232—238 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-232-238>

For correspondence: Bogdanova O. G., candidate of medical sciences, the Senior Researcher of the Laboratory of Ecological Hygienic Studies of the Federal State Budget Scientific Institution “The Eastern Siberian Institute of Medical Ecological Studies”, e-mail: olga.bogdanova2001@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 15.06.2021
Accepted 26.10.2021

Введение

Снижение заболеваемости и смертности, являющихся важнейшими индикаторами состояния здоровья населения, относят к глобальным задачам, поставленным перед органами исполнительной власти, ведомствами и обществом в целом [1—3]. Изучение их структуры необходимо для разработки конкретных мероприятий по увеличению численности населения и росту продолжительности жизни в стране [3—5]. Согласно систематическому анализу глобального бремени болезней, опубликованному в журнале *The Lancet* [6], число случаев смерти от болезней органов пищеварения (БОП) в 2017 г. заняло седьмое место в общей структуре смертности, в динамике 2007—2017 гг. увеличилось на 15,3%. В структуре смертности от БОП 55,6% составляла смертность от цирроза и других хронических заболеваний печени. По данным ВОЗ, в 2019 г. смертность от цирроза печени в странах с низким уровнем дохода, согласно классификации, предложенной Всемирным банком, заняла десятое место, в странах с уровнем дохода ниже среднего — восьмое, в странах с высоким и выше среднего уровнем дохода данная болезнь не входит в десять основных причин смертности [7].

В Российской Федерации на протяжении последних 20 лет смертность от БОП увеличилась в 1,5 раза (с 44,21 до 66,94 на 100 тыс. населения) и переместилась с пятого на четвертое место в общей структуре смертности [8]. По результатам исследования Глобального бремени болезней, травм и факторов риска (GBD), проведенного в 195 странах и территориях в 1990—2017 гг., установлено, что стандартизованные по возрасту показатели смертности от цирроза печени и годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности (Disability-adjusted life year, DALY), за указанный период снизились, при этом число смертей и доля всех глобальных смертей от цирроза печени возросли [9]. Показатели прироста смертности от цирроза печени в Российской Федерации, по сведениям данного исследования, заняли четвертое место в мире после Украины, Беларуси и Литвы. В течение всего периода наблюдений ситуация только ухудшается.

В Республике Бурятия (РБ) БОП в структуре первичной заболеваемости населения занимают третье место (6,7%), в структуре общей смертности — четвертое (6,6%). Цель нашего исследования — проанализировать динамику заболеваемости и смертности населения вследствие БОП на примере Республики Бурятия за 2009—2018 гг.

Материалы и методы

Объектом исследования явилась совокупность случаев заболеваний и смерти по классу XI «Болезни органов пищеварения (БОП)» (K00—K93) Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10). Исследование проведено с использованием описательных и аналитических приемов, ре-

троспективного эпидемиологического анализа. Источниками информации стали официальные сведения территориального органа Федеральной службы государственной статистики по РБ, учетно-отчетная документация Министерства здравоохранения РБ, в частности форма № 42 «Отчет врача-судебно-медицинского эксперта, бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2009—2018 гг. Этические требования соблюдены. При сравнении характеристик смертности для элиминации различий в возрастной и гендерной структуре населения рассчитывали стандартизованные показатели смертности с использованием российского стандарта возрастного распределения. Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью программного средства Statistica v.6.0 согласно общепринятым методикам. Во всех исследованиях в качестве статистически значимых выступали различия при 95% вероятности ($p < 0,05$).

Результаты исследования

За исследуемый период в РБ зарегистрированы увеличение показателя первичной заболеваемости БОП на 4,3% (с 4051,0 до 4226,1 на 100 тыс. населения), в Сибирском федеральном округе (СФО) — на 1,7%, в Российской Федерации (РФ) — снижение на 4,3% и рост показателя смертности на 3,1%, с 60,6 до 62,5 на 100 тыс. населения (СФО — 5,6%, РФ — 3,7%).

Республиканские показатели первичной заболеваемости БОП не превышали аналогичные показатели по СФО на протяжении всего изучаемого периода, с увеличением разрыва от 6,7% в 2009 г. (РБ — 4051; СФО — 4341,1 на 100 тыс. населения) до 44,3% в 2015 г. (РБ — 3155,2; СФО — 5664,4 на 100 тыс. населения) и постепенным снижением с 2016 г. до 4,3% в 2018 г. (РБ — 4226,1; СФО — 4416,4 на 100 тыс. населения). По сравнению с данными по РФ отмечено превышение республиканских показателей над среднероссийскими от 0,8% в 2014 г. (РБ — 3670,6; РФ — 3642,1 на 100 тыс. населения) до 27,8% в 2018 г. (РБ — 4226,1; РФ — 3306,3 на 100 тыс. населения; табл. 1). По основным заболеваниям органов пищеварения наиболее высокие показатели первичной заболеваемости в РБ отмечены в группе болезней поджелудочной железы с ростом показателя в 1,9 раза (с 67,5 до 130,2 на 100 тыс. населения). Показатели первичной заболеваемости болезнями поджелудочной железы не превышают аналогичные по СФО и РФ. За изучаемый период отмечен рост показателя смертности от болезней поджелудочной железы на 2,3%. Показатели первичной заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки ниже таковых по РФ в 1,3—1,9 раза, по СФО — в 1,9—2,6 раза.

Показатель смертности от язвенной болезни за исследуемый период времени снизился на 3,1% — с 7,0 до 5,4 на 100 тыс. населения (в СФО — рост на 15,6%; РФ — на 21,7%; табл. 2). В группе болезней печени показатели первичной заболеваемости в РБ не превышают данные по СФО, за исключением

Заболеемость БОП за 2009—2018 гг. среди населения РБ, СФО и РФ с диагнозом, установленным впервые в жизни (на 100 тыс. населения)

Код по МКБ-10	Показатель БОП	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	Темп прироста/убыли, %
РБ												
K00—K93	Болезни органов пищеварения	4051,0	3645,9	3636,4	3605,0	3547,1	3670,6	3155,2	3621,4	4289,7	4226,1	4,3
K25—K26	Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки	54,8	54,1	52,9	53,0	50,0	46,1	52,5	61,1	53,4	56,4	2,9
K70—K77	Болезни печени	43,1	47,7	41,5	50,9	47,8	48,5	55,8	66,7	74,2	71,8	66,6
K74	Фиброз и цирроз печени	—	—	10,5	12,1	10,1	11,7	12,9	15,6	17,0	13,3	26,7*
K85—86	Острый панкреатит и другие болезни поджелудочной железы	67,5	95,4	94,2	116,6	131,9	111,4	106,9	121,5	138,5	130,3	93,0
СФО												
K00—K93	Болезни органов пищеварения	4341,1	4230,3	4526,6	5615,7	5720,6	5801,6	5664,4	5420,6	4679,3	4416,4	1,73
K25—K26	Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки	150,0	142,7	137,9	131,3	126,9	122,6	119,4	120,2	110,3	105,5	–29,67
K70—K77	Болезни печени	51,5	55,1	59,4	60,2	61,7	65,9	75,1	83,7	79,5	71,8	39,42
K74	Фиброз и цирроз печени	—	—	13,3	13,2	13,6	14,2	17,3	18,1	17,4	16,8	26,32
K85—86	Острый панкреатит и другие болезни поджелудочной железы	105,5	119,3	132,2	139,0	143,7	145,6	151,0	159,7	155,9	142,7	35,26
РФ												
K00—K93	Болезни органов пищеварения	3454,0	3366,9	3334,4	3482,5	3334,8	3642,1	3799,2	3684,0	3395,3	3306,3	–4,28
K25—K26	Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки	103,1	96,3	90,7	87,0	93,1	87,2	98,9	95,2	79,5	71,9	–30,26
K70—K77	Болезни печени	48,0	48,7	49,3	48,8	50,6	54,3	59,5	61,3	61,1	59,3	23,54
K74	Фиброз и цирроз печени	—	—	9,8	9,9	9,9	10,6	12,7	13,6	13,1	13,2	34,69*
K85—86	Острый панкреатит и другие болезни поджелудочной железы	101,9	119,9	116,5	120,6	149,6	126,7	142,5	149,3	150,8	149,2	46,42

2018 г. (РБ и СФО — 71,8 на 100 тыс. населения). Вместе с тем они превышали аналогичные показатели по РФ в 2012 г. (на 4,3%), 2016 г. (на 8,8%), 2017 г. (на 21,4%), 2018 г. (на 21,1%). В РБ отмечено снижение показателя смертности от болезней печени с 41,2 на 100 тыс. населения в 2009 г. до 39,1 в 2018 г., в том числе от алкогольной болезни печени с 17,1 до 11,9 на 100 тыс. населения. При этом регистрируется рост показателя смертности от фиброза и цирроза печени с 21,9 до 22,9 на 100 тыс. населения.

По мнению ряда исследователей, к основным причинам цирроза печени отнесены вредное употребление алкоголя, вирусные гепатиты В и С [10—12], метаболические синдромы, связанные с неалкогольной жировой болезнью печени и ожирением [13, 14]. Таким образом, цирроз печени в настоящее время стал своего рода индикатором социального неблагополучия, зависящим от региональных, этнических, культурных и генетических факторов [15, 16].

Таблица 2

Смертность от БОП за 2009—2018 гг. среди населения РБ, СФО и РФ (на 100 тыс. населения)

Код по МКБ-10	Показатель	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	Темп прироста/убыли, %
РБ												
K00—K93	Болезни органов пищеварения	60,6	63,1	74,0	66,4	63,5	68,3	74,6	68,2	60,4	62,5	3,14
K25—K26	Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки	7,0	7,3	6,1	4,4	4,2	4,8	5,4	4,2	5,1	5,4	–22,86
K70—K77	Болезни печени	41,2	40,3	50,1	47,9	44,5	46,8	51,2	45,3	39,7	39,1	–5,10
K74	Фиброз и цирроз печени	21,9	22,0	29,2	29,4	26,5	28,2	32,9	25,9	23,5	22,9	4,57
K70	Алкогольная болезнь печени	17,1	16,4	20,0	17,2	14,5	14,8	15,5	15,3	12,4	11,9	–30,41
K85—86	Острый панкреатит и другие болезни поджелудочной железы	4,4	4,2	5,3	5,6	5,5	5,4	5,7	5,3	4,6	4,5	2,27
СФО												
K00—K93	Болезни органов пищеварения	61,0	65,3	64,7	62,6	61,2	67,0	70,8	66,5	62,3	64,4	5,57
K25—K26	Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки	6,4	6,3	6,4	6,4	6,2	7,0	7,3	7,2	7,0	7,4	15,63
K70—K77	Болезни печени	31,3	33,5	33,9	32,0	30,0	32,7	34,6	30,8	28,0	29,8	–4,79
K80—K87	Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы	10,2	11,1	10,2	9,6	9,6	10,8	11,3	11,3	11,1	12,1	18,63
РФ												
K00—K93	Болезни органов пищеварения	62,7	64,6	62,2	62,1	61,6	67,2	69,6	67,0	63,3	65,0	3,67
K25—K26	Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки	6,0	6,0	5,9	6,2	6,2	6,7	7,4	7,1	7,3	7,3	21,67
K70—K77	Болезни печени	34,3	35,6	33,8	33,0	31,9	35,5	36,0	33,8	30,3	31,0	–9,62
K80—K87	Болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы	9,6	9,8	8,9	9,0	9,1	10,0	10,3	9,9	9,7	10,2	6,25

Таблица 3

Стандартизованные показатели смертности населения РБ от БОП по полу за 2009—2018 гг. (на 100 тыс. населения)

Болезни органов пищеварения (K00—K93)	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	Темп прироста/убыли в 2018 г. к уровню 2009 г.
Мужчины	89,4	87,8	104,5	91,0	84,6	98,2	99,5	95,5	72,9	77,6	-13,2
Женщины	48,7	52,4	59,0	54,5	53,1	51,2	59,6	52,9	52,2	52,6	8,0

В РБ заболеваемость парентеральными гепатитами обусловлена в основном регистрацией хронических форм вирусного гепатита В и С (2018 г. — 27,5 на 100 тыс. населения). В структуре хронических гепатитов 44% приходится на хронический вирусный гепатит В и 56% на хронический вирусный гепатит С. В возрастной структуре заболеваемости удельный вес взрослого населения составил 99,3%, детей до 17 лет — 0,7%, в том числе детей до 14 лет — 0,7%. В развитых странах, например в Японии, по данным К. Matsumoto и соавт. [17], отмечается снижение заболеваемости вирусным гепатитом на фоне применения вакцин и проведения комплекса профилактических мероприятий. Европейской ассоциацией по изучению печени (EASL) прогнозируется дальнейшее снижение распространенности вируса гепатита С за счет применения противовирусных препаратов прямого действия (DAAS) [18, 19], эффективных, но дорогостоящих. Применение технологий радикального лечения, например трансплантации печени, являющейся на сегодня единственным окончательным методом лечения прогрессирующего алкогольного цирроза, к сожалению, в большинстве случаев не бывает доступным [15—18].

Результаты анализа показателя смертности от БОП в РБ свидетельствуют о незначительной тенденции к увеличению (3,1%), при этом он (60,4—74,6 на 100 тыс. населения) сопоставим с аналогичными показателями в СФО (61,0—70,8 на 100 тыс. населения) и РФ (61,6—69,6 на 100 тыс. населения). В структуре смертности от основных причин БОП (язва желудка и двенадцатиперстной кишки, болезни печени и поджелудочной железы) превалирует смертность от болезней печени (39,1—51,2 на 100 тыс. населения), превышающая значения по СФО (28,0—34,6 на 100 тыс. населения) и РФ (30,3—36,0 на 100 тыс. населения).

Проведенный сравнительный анализ стандартизованных показателей смертности свидетельствует о превышении в РБ уровня смертности от БОП по сравнению с данными по СФО и РФ, за исключением 2017 г. (49,1; СФО — 58,4; РФ — 53,1 на 100 тыс.

населения). В структуре основных причин смертности от БОП в республике стандартизованный показатель смертности от язвенной болезни (с 2012 г.), болезней желчного пузыря, желчевыводящих путей, поджелудочной железы (на всем протяжении исследуемого периода) ниже, чем по СФО и РФ, но значительно превышает аналогичный показатель по болезням печени (СФО — от 47,8% в 2009 г. до 60% в 2018 г., РФ — от 40,8% в 2009 г. до 54,2% в 2018 г.).

Для стандартизованных показателей смертности от всех вышеуказанных причин в течение 2009—2018 гг. как на региональном уровне, так для СФО и в целом по РФ типичным является волнообразный характер изменения показателей.

Гендерный анализ стандартизованных показателей смертности за рассматриваемый период, представленных в табл. 3, указал на превалирование летальных исходов в мужской популяции (от 1,4 до 1,9 раза). В динамике данные показатели у мужчин снижались и имели в 2018 г. отрицательный темп прироста к уровню 2009 г. В женской популяции отмечена обратная тенденция к увеличению показателей, темп прироста составил 8%. Указанное негативное явление увеличения смертности от БОП среди женщин сопоставимо с данными Т. П. Сабгайда, Т. К. Ростовской [20], полученными относительно женщин, проживающих в сельской местности центральной части РФ.

В РБ смертность населения от БОП, в том числе от болезней печени в группе «старше трудоспособного возраста», превышает смертность трудоспособного населения в 2,3—3,8 раза (табл. 4). За исследуемый период времени смертность от БОП в трудоспособном возрасте снизилась с 56,4 до 32,8 на 100 тыс. населения, оставаясь стабильной по коэффициентам смертности от болезней печени — с 41,3 до 41,1 на 100 тыс. населения. В группе «старше трудоспособного возраста» в целом показатель смертности от БОП снизился с 157,6 до 107,1 на 100 тыс. населения, но возрос от болезней печени с 93,7 до 100,3 на 100 тыс. населения.

Таблица 4

Смертность населения РБ от БОП по возрастным группам за 2009—2018 гг. (на 100 тыс. населения)

Наименование и класс болезни по МКБ-10	Возрастная группа	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	Темп прироста/убыли в 2018 г. к уровню 2009 г.
Болезни органов пищеварения (K00—K93)	0—17 лет	—	—	1,3	0,8	—	—	1,2	1,2	1,1	—	
	Трудоспособный возраст	56,4	51,5	63,6	61,0	53,9	52,2	58,0	54,3	43,0	32,8	-41,8
Болезни печени (K70—K77)	Старше трудоспособного возраста	157,6	192,0	204,1	167,8	174,5	202,1	213,7	189,9	181,5	107,1	-32,0
	0—17 лет	—	—	—	0,4	—	—	—	0,8	0,4	—	
	Трудоспособный возраст	41,3	3,1	49,1	47,1	40,1	39,2	44,2	42,5	55,9	41,1	-0,5
	Старше трудоспособного возраста	93,7	25,4	117,5	110,1	114,5	127,7	134,6	107,2	186,0	100,3	7,0

Частота случаев обнаружения алкоголя в организме умерших от ненасильственных причин смерти за 2009—2018 гг. (в абс. ед.)

Причина смерти	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Всего случаев ненасильственной смерти	2495 (17,5)	2478 (20,3)	2511 (22,1)	2280 (24,2)	2327 (24,1)	2316 (23,1)	1471 (29,9)	1538 (26,8)	1643 (22,4)	1845 (22,8)
В том числе:										
болезни органов пищеварения	249 (16,5)	263 (20,5)	227 (21,6)	296 (22,6)	263 (25,9)	269 (26,4)	225 (31,1)	194 (27,3)	194 (29)	242 (28,5)

Примечание. В скобках — наличие алкоголя в процентах.

По данным ГБУЗ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы», при проведении экспертиз и исследований умерших от ненасильственных причин смерти за 2009—2018 гг. алкоголь обнаружен в крови у лиц, страдавших БОП, в 16,5 — 31,1% случаев (табл. 5). При этом большинство из них не наблюдались в медицинских организациях, не имели определенного места жительства, вели асоциальный образ жизни. В связи с этим именно принятие межведомственных мероприятий, направленных в том числе на своевременность диспансерного наблюдения, ведение здорового образа жизни, снижение масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактику алкоголизма, может нивелировать сложившуюся ситуацию [21—24]. Глобальной стратегией сектора здравоохранения по вирусному гепатиту на 2016—2021 гг. [25] к 2030 г. предусмотрено сокращение заболеваемости хроническим гепатитом до 0,9 млн случаев, смертности от хронического гепатита — до менее чем 0,5 млн случаев [26—28]. При этом ВОЗ определила повышение акцизных налогов на спиртные напитки, введение и обеспечение соблюдения запретов или всеобъемлющих ограничений на рекламу алкоголя, соблюдение ограничений на физическую доступность алкоголя в магазинах розничной торговли как наиболее эффективную и экономически выгодную стратегию [29—32].

Заключение

Динамика заболеваемости в РБ за исследуемый период свидетельствует об увеличении показателя первичной заболеваемости БОП на 4,3% с преобладанием в структуре болезней поджелудочной железы. Смертность от БОП остается на уровне аналогичных средних показателей в СФО и РФ, при этом в структуре превалирует смертность от болезней печени, превышающая аналогичные показатели по СФО и РФ. Основными причинами увеличения смертности от болезней печени в РБ, в частности фиброза и цирроза печени, являются сохранение значительного уровня алкоголизации населения, несвоевременная диагностика и лечение патологии печени в группе старше трудоспособного возраста. В связи с этим рассмотрение вопросов снижения уровней заболеваемости и смертности от БОП на региональном уровне необходимо в большей степени осуществлять через призму алкогольассоциированных причин в рамках межведомственного и междисциплинарного подходов.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Щепин О. П., Коротких Р. В. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2015;23(6):3—6.
- Линденбратен А. Л. Актуальные проблемы Российской здравоохранения. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2020;(3):60—71. doi: 10.25742/NRIPH.2020.03.008
- Гасайниева М. М., Абдурашитова Л. В., Загоруйченко А. А. Региональные особенности показателей смертности взрослого населения и ожидаемой продолжительности жизни. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;(5):903—8. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-5-903-908
- Зайцева Н. В., Май И. В., Клейн С. В., Кирьянов Д. А. Методические аспекты и результаты оценки демографических потерь, ассоциированных с вредным воздействием факторов среды обитания и предотвращаемых действиями Роспотребнадзора, в регионах российской Федерации. *Здоровье населения и среда обитания*. 2018;301(4):15—20. doi: 10.35627/2219-5238/2018-301-4-15-20
- Панова Л. В. Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте. *Журнал исследований социальной политики*. 2019;(2):177—90. doi: 10.17323/727-0634-2019-17-2-177-190
- GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980—2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1736—88. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32203-7
- World Health Organization. The top 10 causes of death. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (дата обращения декабрь 2020 г.).
- Ножкина Н. В., Зарипова Т. В., Бессонова Е. Н. Современные медико-социальные аспекты смертности населения от болезней органов пищеварения. *Здоровье населения и среда обитания*. 2018;309(12):47—52. doi: 10.35627/2219-5238/2018-309-12-47-52
- GBD 2017 Cirrhosis Collaborators. The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990—2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol. Hepatol*. 2020;5(3):245—66. doi: 10.1016/S2468-1253(19)30349-8
- Blachier M., Leleu H., Peck-Radosavljevic M., Valla D. C., Roudot-Thoraval F. The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data. *J. Hepatol*. 2013;58(3):593—608. doi: 10.1016/j.jhep.2012.12.005
- Polis S., Fernandez R. Impact of physical and psychological factors on health-related quality of life in adult patients with liver cirrhosis: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev. Implement. Rep*. 2015;13(1):39—51. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1987
- Choi J. H., Sohn W., Cho Y. K. The effect of moderate alcohol drinking in nonalcoholic fatty liver disease. *Clin. Mol. Hepatol*. 2020;26(4):662—9. doi: 10.3350/cmh.2020.0163
- Llop E., Iruzubieta P., Perelló C., Fernández Carrillo C., Cabezas J., Escudero M. D. High liver stiffness values by transient elastography related to metabolic syndrome and harmful alcohol use in a large Spanish cohort. *United Eur. Gastroenterol. J*. 2021. doi: 10.1002/ueg2.12109
- Åberg F., Puukka P., Salomaa V., Männistö S., Lundqvist A., Valsta L. Combined Effects of Alcohol and Metabolic Disorders in Patients With Chronic Liver Disease. *Clin. Gastroenterol. Hepatol*. 2020;18(4):995—7.e2. doi: 10.1016/j.cgh.2019.06.036

Здоровье и общество

15. Campollo O. Alcohol and the Liver: The Return of the Prodigal Son. *Ann. Hepatol.* 2019;18(1):6–10. doi: 10.5604/01.3001.0012.7854
16. Setiawan V. W., Straml D. O., Porcel J., Lu S. C., Le Marchand L., Noureddin M. Prevalence of chronic liver disease and cirrhosis by underlying cause in understudied ethnic groups: the Multiethnic Cohort. *Hepatology.* 2016;64:1969–77. doi: 10.1002/hep.28677
17. Matsumoto K., Wu Y., Fujita S., Seto K., Hatakeyama Y., Onishi R., Hasegawa T. Cost of illness of liver diseases in Japan. *Ann. Hepatol.* 2020;20:100256. doi: 10.1016/j.aohp.2020.08.073
18. European Association for the study of the liver. EASL Clinical practice guidelines: Management of alcohol-related liver disease. *J. Hepatol.* 2018;69(1):154–81. doi: 10.1016/j.jhep.2018.03.018
19. Webster D. P., Klenerman P., Dusheiko G. Lancet seminar—Hepatitis C. *Lancet.* 2015;385:1124–35. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62401-6
20. Сабгайда Т. П., Ростовская Т. К. Смертность женщин в Российской Федерации. *Экология человека.* 2020;(11):46–52. doi: 10.33396/1728-0869-2020-11-46-52
21. 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):302–5. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-2-302-305
22. Гапонова Е. А., Петрачков И. В., Гинойн А. Б., Улумбекова Г. Э. Опыт развитых стран в области антиалкогольной политики. *Орздрав: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ.* 2020;1(19):44–57. doi: 10.24411/2411-8621-2020-11004
23. Мырзаматова А. О., Концевая А. В., Горный Б. Э., Драпкина О. М. Меры популяционной профилактики, направленные на снижение потребления алкоголя: международный опыт и перспективы усиления мер в Российской Федерации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2020;(3):248–54. doi: 10.15829/1728-8800-2020-2566
24. Будаев Б. С., Михеев А. С., Тармаева И. Ю., Хамнаева Н. И., Богданова О. Г. Социально-экономические потери вследствие смертности от алкоголь-ассоциированных причин. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2020;28(1):29–33. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-1-29-33
25. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021. Geneva: World Health Organization; 2016. Режим доступа: <http://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/en/>
26. Polaris Observatory Collaborators. Global prevalence, treatment, and prevention of hepatitis B virus infection in 2016: a modelling study. *Lancet Gastroenterol. Hepatol.* 2018;3(6):383–403. doi: 10.1016/S2468-1253(18)30056-6
27. Seto W. K., Lo Y. R., Pawlotsky J. M., Yuen M. F. Chronic hepatitis B virus infection. *Lancet.* 2018; 392(10161):2313–24. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31865-8
28. Liu J., Liang W., Jing W., Liu M. Countdown to 2030: eliminating hepatitis B disease, China. *Bull. World Health Organ.* 2019;97(3):230–8. doi: 10.2471/BLT.18.219469
29. Мордовский Э. А., Соловьев А. Г., Санников А. Л. Актуальные методические проблемы оценки масштаба негативных последствий потребления алкоголя и пути их решения. *Вестник РАМН.* 2018;(4):252–61. doi: 10.15690/vramn908
30. Саввина Н. В., Бессонова О. Г., Винокурова И. И., Гржибовский А. М. Анализ потерянных лет жизни в трудоспособном возрасте по причине употребления алкоголя в Республике Саха (Якутия). *Здравоохранение Российской Федерации.* 2019;63(4):180–5. doi: 10.18821/0044-197X-2019-63-4-180-185
31. Blanchette J. G., Ross C. S., Naimi T. S. The Rise and Fall of Alcohol Excise Taxes in U. S. States, 1933–2018. *J. Stud. Alcohol. Drugs.* 2020;81(3):331–8. doi: 10.15288/jsad.2020.81.331
32. Liangpunsakul S., Haber P., McCaughan G. Alcoholic Liver Disease in Asia, Europe, and North America. *Gastroenterology.* 2016;150:1786–97. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.043
33. *tional research institute of public health.* 2020;(3):60–71. doi: 10.25742/NRIPH.2020.03.008 (in Russian).
34. Gasajnieva M. M., Abdurashitova L. V., Zagorujchenko A. A. The regional characteristics of indices of mortality of adult population and life expectancy. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhranneniia i istorii meditsiny.* 2020;28(5):903–8. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-5-903-908 (in Russian).
35. Zaitseva N. V., May I. V., Klein S. V., Kiryanov D. A. Methodological aspects and results of estimation of demographic loss associated with harmful influence of environment factors and preventive activities of rospotrebnadzor in regions of the Russian Federation. *Zdorov'e naseleniâ i sreda obitaniâ.* 2018;301(4):15–20. doi: 10.35627/2219-5238/2018-301-4-15-20 (in Russian).
36. Panova L. V. Availability of medical care: Russia in the European context. *The Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki = Journal of Policy Studies.* 2019;(2):177–90. doi: 10.17323/727-0634-2019-17-2-177-190 (In Russian).
37. GBD 2017 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1736–88. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32203-7
38. World Health Organization. The top 10 causes of death. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (accessed December 2020).
39. Nozhkina N. V., Zaripova T. V., Bessonova E. N. Modern medical and social aspects of population mortality from diseases of the digestive system. *Zdorov'e naseleniâ i sreda obitaniâ.* 2018;309(12):47–52. doi: 10.35627/2219-5238/2018-309-12-47-52 (in Russian).
40. GBD 2017 Cirrhosis Collaborators. The global, regional, and national burden of cirrhosis by cause in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol. Hepatol.* 2020;5(3):245–66. doi: 10.1016/S2468-1253(19)30349-8
41. Blachier M., Leleu H., Peck-Radosavljevic M., Valla D. C., Roudot-Thoraval F. The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data. *J. Hepatol.* 2013;58(3):593–608. doi: 10.1016/j.jhep.2012.12.005
42. Polis S., Fernandez R. Impact of physical and psychological factors on health-related quality of life in adult patients with liver cirrhosis: a systematic review protocol. *JBIC Database System Rev. Implement. Rep.* 2015;13(1):39–51. doi: 10.11124/jbisir-2015-1987
43. Choi J. H., Sohn W., Cho Y. K. The effect of moderate alcohol drinking in nonalcoholic fatty liver disease. *Clin. Mol. Hepatol.* 2020;26(4):662–9. doi: 10.3350/cmh.2020.0163
44. Llop E., Iruzuibeta P., Perelló C., Fernández Carrillo C., Cabezas J., Escudero M. D. High liver stiffness values by transient elastography related to metabolic syndrome and harmful alcohol use in a large Spanish cohort. *United Eur. Gastroenterol. J.* 2021. doi: 10.1002/ueg2.12109
45. Åberg F., Puukka P., Salomaa V., Männistö S., Lundqvist A., Valsta L. Combined Effects of Alcohol and Metabolic Disorders in Patients With Chronic Liver Disease. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2020;18(4):995–7.e2. doi: 10.1016/j.cgh.2019.06.036
46. Campollo O. Alcohol and the Liver: The Return of the Prodigal Son. *Ann. Hepatol.* 2019;18(1):6–10. doi: 10.5604/01.3001.0012.7854
47. Setiawan V. W., Straml D. O., Porcel J., Lu S. C., Le Marchand L., Noureddin M. Prevalence of chronic liver disease and cirrhosis by underlying cause in understudied ethnic groups: the Multiethnic Cohort. *Hepatology.* 2016;64:1969–77. doi: 10.1002/hep.28677
48. Matsumoto K., Wu Y., Fujita S., Seto K., Hatakeyama Y., Onishi R., Hasegawa T. Cost of illness of liver diseases in Japan. *Ann. Hepatol.* 2020;20:100256. doi: 10.1016/j.aohp.2020.08.073
49. European Association for the study of the liver. EASL Clinical practice guidelines: Management of alcohol-related liver disease. *J. Hepatol.* 2018;69(1):154–81. doi: 10.1016/j.jhep.2018.03.018
50. Webster D. P., Klenerman P., Dusheiko G. Lancet seminar—Hepatitis C. *Lancet.* 2015;385:1124–35. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62401-6
51. Sabgajda T. P., Rostovskaja T. K. Mortality of women in the Russian Federation. *Ekologiya cheloveka = Human Ecology.* 2020;(11):46–52. doi: 10.33396/1728-0869-2020-11-46-52 (in Russian).
52. Shishkin E. V., Shhepin 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. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii med-*

Поступила 15.06.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Shhepin O. P., Korotkih R. V. The perspectives of development of health care of the Russian Federation. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny.* 2015;23(6):3–6 (in Russian).
2. Lindénbraten A. L. Topical problems of Russian healthcare. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko = Bulletin of Semashko na-*

- siny.* 2021;29(2):302—5. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-2-302-305 (in Russian).
22. Gaponova E. A., Petrachkov I. V., Ginojan A. B., Ulumbekova G. Je. Experience of developed countries in the field of anti-alcohol policy. *Orgzdrav: novosti, mneniya, obucheniya. Vestnik VShOUZ = Orgzdrav: news, opinions, training. Bulletin of the Higher School of Health Organization and Management.* 2020;1(19):44—57. doi: 10.24411/2411-8621-2020-11004 (in Russian).
 23. Myrzamatova A. O., Koncevaja A. V., Gornyj B. Je., Drapkina O. M. Population prevention measures aimed at reducing alcohol consumption: international experience and prospects for strengthening measures in the Russian Federation. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2020;(3):248—54. doi: 10.15829/1728-8800-2020-2566 (in Russian).
 24. Budaev B. S., Mikheev A. S., Tarmaeva I. Yu., Khamnaeva N. I., Bogdanova O. G. The social economical losses because of mortality due to alcohol-associated causes. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny.* 2020;28(1):29—33. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-1-29-33 (in Russian).
 25. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016—2021. Geneva: World Health Organization; 2016. Available at: <http://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/en/>
 26. Polaris Observatory Collaborators. Global prevalence, treatment, and prevention of hepatitis B virus infection in 2016: a modelling study. *Lancet Gastroenterol. Hepatol.* 2018;3(6):383—403. doi: 10.1016/S2468-1253(18)30056-6
 27. Seto W. K., Lo Y. R., Pawlowsky J. M., Yuen M. F. Chronic hepatitis B virus infection. *Lancet.* 2018; 392(10161):2313—24. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31865-8
 28. Liu J., Liang W., Jing W., Liu M. Countdown to 2030: eliminating hepatitis B disease, China. *Bull. World Health Organ.* 2019;97(3):230—8. doi: 10.2471/BLT.18.219469
 29. Mordovskij Je. A., Solov'jov A. G., Sannikov A. L. Topical methodological problems of estimating the scale of negative consequences of alcohol consumption and ways to solve them. *Vestnik Rossijskoi akademii meditsinskikh nauk.* 2018;(4):252—61. doi: 10.15690/vramn908 (in Russian).
 30. Savvina N. V., Bessonova O. G., Vinokurova I. I., Grzhibovskij A. M. Analysis of lost years of life in working age due to alcohol consumption in the Republic of Sakha (Yakutia). *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii = Health Care of the Russian Federation.* 2019;63(4):180—5. doi: 10.18821/0044-197X-2019-63-4-180-185 (in Russian).
 31. Blanchette J. G., Ross C. S., Naimi T. S. The Rise and Fall of Alcohol Excise Taxes in U. S. States, 1933—2018. *J. Stud. Alcohol. Drugs.* 2020;81(3):331—8. doi: 10.15288/jsad.2020.81.331
 32. Liangpunsakul S., Haber P., Mc Caughan G. Alcoholic Liver Disease in Asia, Europe, and North America. *Gastroenterology.* 2016;150:1786—97. doi: 10.1053/j.gastro.2016.02.043

Мадьянова В. В.

САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦАМИ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 109004, г. Москва;
ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Состояние здоровья — один из самых значимых параметров оценки благополучия старшего поколения. По мнению многих исследователей, для оценки не только наличия заболеваний или их симптомов, но и психологического благополучия, социального самочувствия, степени удовлетворенности своими возможностями целесообразно изучать отношение лиц старше трудоспособного возраста к собственному здоровью. Таким образом, в условиях старения населения изучение самооценки здоровья для определения прогноза жизни и здоровья пожилых представляет особую актуальность.

Ключевые слова: старение населения; состояние здоровья лиц старше трудоспособного возраста; самооценка здоровья; мультиморбидность; инвалидность; материальное положение.

Для цитирования: Мадьянова В. В. Самооценка состояния здоровья лицами старше трудоспособного возраста. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):239—243. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-239-243>

Для корреспонденции: Мадьянова Виктория Вячеславовна, профессор Высшей школы управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением Сеченовского Университета, научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: madvika@mail.ru

Madyanova V. V.

THE SELF-EVALUATION OF HEALTH BY INDIVIDUALS OLDER THAN ABLE-BODIED AGE

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University» (Sechenov University) of Minzdrav of Russia, 109004, Moscow, Russia;
N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

Health status is one of the most valuable parameters of assessing well-being of elderly generation. It is advisable to study attitude of individuals older than able-bodied age to their own health as instrument adding to awareness of diseases or their symptoms, data concerning psychological and social well-being, degree of satisfaction with their own capabilities. Thus, in conditions of population aging, studying health self-assessment to determine prognosis of life and health of the elderly is of special actuality.

Keywords: population aging; health status; able-bodied age; self-evaluation; multi-morbidity; disability; economic condition.

For citation: Madyanova V. V. The self-evaluation of health by individuals older than able-bodied age. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):239—243 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-239-243>

For correspondence: Madyanova V. V., the Professor of the Higher School of Health Care Management, Institute of Leadership and Health Care Management of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “N. I. Pirogov Russian National Research Medical University” Minzdrav of Russia. e-mail: madvika@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 22.06.2021
Accepted 26.10.2021

Введение

Состояние здоровья является одним из самых значимых параметров оценки благополучия старшего поколения. Многие исследователи считают целесообразным изучать отношение лиц старше трудоспособного возраста к собственному здоровью, т. е. его самооценку [1—4].

Однако при интерпретации субъективных оценок состояния здоровья следует учитывать, что в разные периоды старения у человека существуют разные эмоциональные состояния и их самооценка. Выделяют четыре стадии: адаптации (60—66 лет) — выход на пенсию, привыкание к новому статусу, удовлетворенность жизнью снижается, 67—78 лет — период «зрелой» старости: удовлетворенность жизнью повышается, появляется эмоцио-

нальная мудрость, выстраивается психологическая защита от стрессов и тревог, связанных с возрастом; 87+ — удовлетворенность жизнью резко падает [5, 6].

Таким образом, в условиях старения населения изучение самооценки здоровья для определения прогноза жизни и здоровья пожилых представляет особую актуальность.

Материалы и методы

Объектом исследования стали результаты анонимного анкетирования лиц старше 60 лет в пяти субъектах Российской Федерации: г. Москве, Московской, Брянской, Амурской, Магаданской областях, проведенного в 2019 г. Для расчета размера простой случайной выборки пожилых пациентов использовалась формула, предложенная J. H. Zar

(1998) [7], в соответствии с ней было опрошено 857 граждан старше трудоспособного возраста, среди которых преобладали (65,3%) женщины. Большинство (52,7%) опрошенных находились в возрастной группе 60—69 лет, 29,3% — 70—79 лет и 1,8% были 80 лет и старше. Статистическая значимость взаимосвязей оценивалась с применением критерия χ^2 Пирсона. Обработка и статистический анализ проводились с применением пакета статистических программ SPSS v.22.

Результаты исследования

Ответы респондентов по самооценке здоровья распределились следующим образом: почти 70% лиц старшего поколения оценивают его как «удовлетворительное», 17,1% — как «плохое», 13% — как «хорошее», и лишь 1,8% считают его «отличным».

При этом большая часть (52,9%) опрошенных при сравнении своего здоровья со здоровьем других лиц того же возраста и поколения считают, что их здоровье «соответствует возрасту», 15,7% оценивают его «лучше, чем у сверстников», а 12,6% — «хуже». Таким образом, при сопоставлении ответов респондентов на данные два вопроса можно сделать вывод, что для большинства пенсионеров иметь удовлетворительное, а не хорошее и отличное состояние здоровья в старости — это норма. По мнению Т. М. Максимовой, Н. П. Лушкиной [8], для российского населения по сравнению с жителями зарубежных стран свойственно чаще оценивать свое здоровье как удовлетворительное, чем давать более высокие оценки, что является своего рода особенностью российского менталитета.

Однако необходимо отметить, что почти 15% лиц старше трудоспособного возраста оценивают свое здоровье как хорошее и отличное, что фактически свидетельствует об отсутствии у них каких-либо связанных со здоровьем возрастных ограничений и говорит о готовности использования их физического, трудового и интеллектуального потенциала в жизни общества.

Результаты субъективных оценок здоровья лиц старше трудоспособного возраста, полученные в настоящем исследовании, сопоставимы с данными «Выборочного наблюдения состояния здоровья населения», проведенного Росстатом в 2020 г. [9] (табл. 1). Исходя из результатов исследования Росстата, с возрастом стремительно ухудшается самооценка состояния здоровья. Так, если в возрастах моложе трудоспособного и трудоспособном макси-

мальная доля лиц имеет хорошее здоровье (65,6 и 60,2% соответственно), то в возрасте старше трудоспособного — лишь 15,3% граждан.

При сопоставлении оценок состояния здоровья в трех возрастных группах (60—69 лет, 70—79 лет и 80 лет и старше) выявлены достоверные различия, подтверждающие, что к пожилому возрасту самооценка здоровья ухудшается. Так, среди 60—69-летних хорошее здоровье имеют 23,5% мужчин и 16,4% женщин, но уже в возрасте 70—79 лет доля респондентов с хорошим здоровьем резко снижается: до 7,9% среди мужчин и 8% среди женщин, достигая значений 4,8% у мужчин и 3,5% у женщин к возрасту 80 лет и старше.

В то же время плохое здоровье в группе 60—69-летних пенсионеров имеют 6,6% мужчин и 12,3% женщин, среди 70—79-летних — уже 23,6% мужчин и 19,2% женщин, а среди 80-летних и старше — 30,1% мужчин и 31,9% женщин ($p < 0,001$; табл. 2). По мнению некоторых исследователей [10—12], низкая самооценка здоровья считается предиктором смерти, поэтому при проведении опросов с целью изучения субъективных оценок здоровья лиц старших возрастных групп необходимо обращать особое внимание на этот показатель.

Кроме того, полученные данные позволяют сделать вывод, что 70-летний возрастной рубеж является своего рода переломным моментом в снижении самооценки здоровья лиц старше трудоспособного возраста. Это, вероятно, связано с реальным выходом на пенсию работающих пенсионеров и «выключением» их из трудовой деятельности, когда они начинают больше времени уделять собственному здоровью и объективно его оценивать. Таким образом, трудовая деятельность, по-видимому, «поддерживает» хорошее самочувствие пенсионеров, мобилизует их жизненные силы и ресурсы, повышая самооценку здоровья.

Выявлено также, что у мужчин старше трудоспособного возраста самооценка здоровья выше, чем у женщин аналогичного возраста. Чувствуют себя отлично и хорошо 2,4 и 16,2% мужчин против 1,4 и 11,3% женщин, в то время как удовлетворительное и плохое состояние здоровья больше распространено среди женщин: 69,1 и 18,2% по сравнению с 66,3 и 15,1% (табл. 2). Кроме того, даже в пожилом возрасте (80 лет и старше) доля мужчин, оценивающих свое здоровье как «отличное» (2,4%) и «хорошее» (4,8%), выше, чем среди женщин (0% и 3,5% соответственно).

Таблица 1

Оценка респондентами состояния своего здоровья (в %)

Возраст	Очень хорошее	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Очень плохое	Затрудняюсь ответить	Всего
Выборочное исследование состояния здоровья населения, Росстат, 2020 г.							
Моложе трудоспособного	26,5	65,6	7,3	0,5	0,1	0,1	100,0
Трудоспособный	10,5	60,2	27,2	1,9	0,2	0,1	100,0
Старше трудоспособного	0,6	15,3	63,2	18,5	2,3	0,1	100,0
Собственное исследование, 2018—2019 гг.							
Старше трудоспособного	1,8	13,0	68,1	17,1		Нет данных	100,0

(85+) этот показатель достигает уже 54,5%, т. е. инвалидом является каждый второй [14].

Большая часть (67,8%) респондентов, принявших участие в нашем исследовании, не имеют инвалидности, однако 3,6% являются инвалидами I группы, 14,4% — II и 14,3% — III.

Наличие инвалидности существенно ограничивает трудовую деятельность пенсионеров. Так, среди инвалидов подавляющее большинство (79,3%) не работают, а среди работающих инвалидов 63,2% имеют инвалидность III группы, 28,1% — II и 8,8% — I, несмотря на то что инвалиды I группы, в соответствии с действующим законодательством, являются нетрудоспособными ($p < 0,001$). Занятость пенсионеров с инвалидностью хотя и носит ограниченный характер ввиду стойких нарушений в состоянии здоровья, но в то же время свидетельствует о создании условий для их работы в регионах, поддержания их остаточной трудоспособности.

Проблемы со здоровьем — серьезный фактор, влияющий на все сферы жизни человека. Так, из-за проблем с самочувствием 29,6% респондентов указали, что не могут работать, 16,4% — путешествовать, 2,5% — получить дополнительное образование и т. д.

Еще одним важнейшим фактором, влияющим на распределение субъективных оценок собственного здоровья, является материальное положение лиц старше трудоспособного возраста. Большинство (53,9%) респондентов определяют его как «среднее» (денежных средств достаточно для приобретения продуктов питания, лекарств, оплаты коммунальных услуг, одежды, но покупка крупной бытовой техники или оплата лечения в санатории уже представляет трудности), 31,1% — как «низкое» (денег хватает только для приобретения продуктов питания, лекарств и оплаты коммунальных услуг), а почти 12% опрошенных считают, что имеют очень низкий материальный статус, живут «от пенсии до пенсии» и денег хватает только для покупки минимального набора продуктов и некоторых лекарственных препаратов. Лишь 3,2% пенсионеров, принявших участие в нашем исследовании, ответили, что ни в чем не нуждаются и могут позволить себе любые траты.

Обращает на себя внимание выявленный социальный градиент: среди обеспеченных пенсионеров, имеющих высокий уровень материального благосостояния, наблюдаются самые высокие доли лиц с высокими самооценками здоровья (11,1% респондентов имеют отличное здоровье и 33,3% хорошее), и, напротив, с каждой последующей ступенью изменения материального положения, возрастает доля тех, кто считает свое здоровье плохим. Так, среди пенсионеров с очень низким и низким материальным положением 54,2% имеют плохое здоровье ($p < 0,001$).

Одной из самых необходимых потребностей для лиц старше трудоспособного возраста является покупка лекарств. Так, 27,8% пенсионеров тратят

21,3%, а 6,2% пенсионеров — почти всю пенсию на приобретение необходимых лекарственных препаратов и только 7,9% респондентов получают лекарства бесплатно, как правило, имея статус инвалида I группы.

Учитывая средний размер пенсии и значительные траты на лекарственные средства, почти у $1/3$ опрошенных «на руках» остается менее половины размера пенсии, что свидетельствует об их тяжелом материальном положении, невозможности удовлетворить основные потребности, существование, по сути, «за чертой бедности».

Помимо приобретения лекарств, в старших возрастах растет потребность в приобретении изделий медицинского назначения, необходимых для поддержания достойного качества жизни. Так, 608 пенсионеров, или 71% опрошенных, указали, что нуждаются в очках (44,5%), зубных протезах (27,6%), слуховых аппаратах (12,3%), тростях (7,6%), инвалидных колясках (2%), костылях (1,6%), протезах конечностей (1,5%), иных устройствах (4,4%). При этом больше всех нуждаются в покупке всех перечисленных изделий лица с очень низким (84,3%) и низким (71,1%) материальным положением, в то время как среди лиц с высоким и средним материальным благосостоянием большинство пенсионеров ни в чем не испытывают недостатка (67,7 и 53,5% соответственно; $p < 0,001$).

Респонденты с низким и очень низким материальным положением, а это 43% опрошенных, не имея возможности приобрести такие жизненно необходимые изделия медицинского назначения, как протез, слуховой аппарат, костыли, инвалидная коляска, не могут жить самостоятельно, без поддержки окружающих, быть социализированными, активными и востребованными и иметь достойное качество жизни.

Заключение

Проведенное исследование выявило особенности самооценки здоровья лицами старше трудоспособного возраста в зависимости от возрастной группы, пола, наличия хронических заболеваний и инвалидности. Принадлежность пенсионеров к наименее обеспеченному слою населения в России, характеризующемуся низким уровнем материального положения, — это реальный фактор, влияющий на их состояние здоровья и потребности в медицинском и лекарственном обеспечении, что выводит данную проблему в социально-экономическую плоскость и подчеркивает высокую социальную значимость темы старения в нашей стране.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Козырева П. М., Смирнов А. И. Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсоветского периода. *Социологические исследования*. 2020;(4):70—81. doi: 10.31857/S013216250009116-0
2. Канева М. А., Герри К. Дж., Байдин В. М. Возрастные различия в самооценке здоровья россиян. *Вестник Санкт-Петербурга*

Здоровье и общество

- ского университета. *Менеджмент*. 2019;(4):563—87. doi: 10.21638/11701/spbu08.2019.404
3. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука; 2006.
 4. Канева М. А. Социально-экономические, поведенческие и психологические детерминанты самооценки здоровья россиян. *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*. 2016;(12):158—71.
 5. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ. Режим доступа: <https://iq.hse.ru/news/236653794.html>
 6. Старость в регионах России. Оценка благополучия старшего поколения на основе открытых статистических данных 2019 г. М.; 2021. 71 с. Режим доступа: <https://static.tochno.st/files/analytical/e081b7badf2c02d581931b1583ecf60c.pdf>
 7. Zar J. H. *Biostatistical analysis*. 4th ed. Northern Illinois University: Prentice Hall; 1998. Режим доступа: https://www.researchgate.net/publication/221959634_Biostatistical_analysis (дата обращения 20.12.2021).
 8. Максимова Т. М., Лушкина Н. П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения. М.: Перс; 2012. 224 с.
 9. Выборочное наблюдение состояния здоровья населения Росстат 2020. Режим доступа: https://gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR20/PublishSite_2020/index.html
 10. Westerhof G. J., Miche M., Brothers A. F., Barrett A. E., Diehl M., Montepare J. M., Wahl H.-W., Wurm S. The influence of subjective aging on health and longevity: A meta-analysis of longitudinal data. *Psychol. Aging*. 2014;29(4):793—802. doi: 10.1037/a0038016
 11. Мелехин А. И. Качество жизни в пожилом и старческом возрасте: проблемные вопросы. *Современная зарубежная психология*. 2016;5(1):53—63. doi: 10.17759/jmfp.2016050107
 12. Иванова В. С. Самооценка здоровья пожилых людей как фактор их благополучия. В кн.: Сборник научных трудов XII Международной научно-практической конференции «Экономические науки и прикладные исследования». Экономика России в XXI веке. 17—21 ноября 2015. Томск: Изд-во ТПУ; 2015. С. 403—7.
 13. Мужчины обращаются за амбулаторной медпомощью реже женщин, а умирают чаще. Из беседы с журналистами министра здравоохранения М. А. Мурашко. Режим доступа: <https://www.vesti.ru/article/1810458>
 14. Инвалидность в России. Оценка масштаба проблемы на основании открытых данных, 2019 г. Отдел Исследований Благотворительного фонда «Нужна помощь», информационная платформа «Если быть точным» (tochno.st). Режим доступа: <https://static.tochno.st/files/analytical/3fa87f51c9858c8c02b10107db042a1b.pdf>
 2. Kaneva M. A., Gerri K. Dzh., Baiyidin V. M. Age differences in the self-esteem of the health of Russians. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Menedzhment*. 2019;18(4):563—87. doi: 10.21638/11701/spbu08.2019.404 (in Russian).
 3. Zhuravleva I. V. Attitude to the health of the individual and society [*Otnosheniye k zdorov'yu individa i obshchestva*]. Moscow: Nauka; 2006 (in Russian).
 4. Kaneva M. A. Socio-economic, behavioral and psychological determinants of self-assessment of the health of Russians. *Nacional'nye interesy: prioritety i bezopasnost'*. 2016;(12):158—71 (in Russian).
 5. Russian monitoring of the economic situation and health of the population of the Higher School of Economics [*Rossiyskiy monitoring ekonomicheskogo polozheniya i zdorov'ya naseleniya NIU VsHE*]. Available at: <https://iq.hse.ru/news/236653794.html> (in Russian).
 6. Old age in the regions of Russia. Assessment of the well-being of the older generation based on open statistical data, 2019 [*Starost' v regionakh Rossii. Otsenka blagopoluchiya starshogo pokoleniya na osnove otkrytykh statisticheskikh dannyykh 2019 g.*]. Moscow; 2021. 71 p. Available at: <https://static.tochno.st/files/analytical/e081b7badf2c02d581931b1583ecf60c.pdf> (in Russian).
 7. Zar J. H. *Biostatistical analysis*. 4th ed. Northern Illinois University: Prentice Hall; 1998. Available at: https://www.researchgate.net/publication/221959634_Biostatistical_analysis (accessed 20.12.2021).
 8. Maksimova T. M., Lushkina N. P. Health status and problems of medical support for elderly population [*Sostoyaniye zdorov'ya i problemy meditsinskogo obespecheniya pozhilogo naseleniya*]. Moscow: Persje; 2012. 224 p. (in Russian).
 9. Selective observation of the state of health of the population Rosstat 2020 [*Vyborochnoye nablyudeniye sostoyaniya zdorov'ya naseleniya Rosstat 2020*]. Available at: https://gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR20/PublishSite_2020/index.html (in Russian).
 10. Westerhof G. J., Miche M., Brothers A. F., Barrett A. E., Diehl M., Montepare J. M., Wahl H.-W., Wurm S. The influence of subjective aging on health and longevity: A meta-analysis of longitudinal data. *Psychol. Aging*. 2014;29(4):793—802. doi: 10.1037/a0038016
 11. Meljohin A. I. Quality of life in elderly and senile age: problematic issues in Modern foreign psychology. *Sovremennaja zarubezhnaja psihologija*. 2016;5(1):53—63. doi: 10.17759/jmfp.2016050107 (in Russian).
 12. Ivanova V. S. Self-assessment of the health of older people as a factor of their well-being. In: Economy of Russia in the XXI century: collection of scientific papers of the XII International Scientific and Practical Conference «Economic Sciences and Applied Research» [*Jekonomika Rossii v XXI veke: XII Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii «Jekonomicheskie nauki i prikladnye issledovaniya»*]. 17—21 November 2015. Tomsk: TPU; 2015. P. 403—7 (in Russian).
 13. Men apply for outpatient medical care less often than women, and die more often. From an interview of the Minister of Health M. A. Murashko with journalists. Available at: <https://www.vesti.ru/article/1810458> (in Russian).
 14. Disability in Russia. Assessment of the scale of the problem based on open data, 2019 Research Department of the Charitable Foundation «Need help», information platform «To be precise» (tochno.st). Available at: <https://static.tochno.st/files/analytical/3fa87f51c9858c8c02b10107db042a1b.pdf> (in Russian).

Поступила 22.06.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Kozyreva P. M., Smirnov A. I. Dynamics of self-assessments of the health of Russians: current trends in the post-Soviet period. *Sotsiologicheskiye issledovaniya = Sociological Research*. 2020;(4):70—81. doi: 10.31857/S013216250009116-0 (in Russian).

Амлаев К. Р., Карабахцян Г. А.

ГОРОДСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ В ИНТЕРЕСАХ ЗДОРОВЬЯ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, 355017, г. Ставрополь

На основе анализа научной литературы представлен краткий обзор принципов и технологий развития городов с учетом их влияния на здоровье населения. Отдельное внимание уделено анализу застраиваемых территорий, бережному использованию имеющихся ресурсов. Даны определение термина «устойчивое развитие территории» и описание необходимых мер для его применения на практике. Представлен современный тренд «коронавирусной» трансформации архитектурно-градостроительной среды, включающий наличие у каждого члена семьи своего пространства, комнаты, дома и квартиры с террасами, балконами, отдельными входами (при расположении квартир на первых этажах), расширенные придомовые территории, жизнь вне города (усадеб, дача). При этом наблюдается сокращение социальных связей. Для контроля эффективности городского управления представлены соответствующие индикаторы.

К л ю ч е в ы е с л о в а : здоровое городское планирование; устойчивое планирование территорий.

Для цитирования: Амлаев К. Р., Карабахцян Г. А. Городское планирование в интересах здоровья. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):244–246. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-244-246>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович, д-р мед. наук, доцент, зав. 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., Karabakhtsyan G. A.

THE MUNICIPAL PLANNING FOR THE BENEFIT OF HEALTH

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Stavropol State Medical University” of Minzdrav of Russia, 355017, Stavropol, Russia

The article, on the basis of analysis of scientific publications, presents brief overview of principles and technologies of development of cities considering impact on population health. The particular attention is paid to analysis of being built areas and careful use of available resources. The definition of the term “sustainable development of territory” and description of necessary measures for its application in practice are given. The actual trend of “coronavirus” transformation of architectural urban environment is presented, including availability for each family member of one’s own space, room, house and flat with terrace, balcony, separate entrances (in case when apartment is located on the first floor), expanded house territory, life outside the city. At that, reduction of social relationships is established. To control effectiveness of city management corresponding indices are presented.

К е y w o r d s : healthy city planning; sustainable territory planning.

For citation: Amlaev K. R., Karabakhtsyan G. A. The city planning for the benefit of health. *Problemi socialnoi gigieni, zdavoookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):244–246 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-244-246>

For correspondence: Amlaev K. R., doctor of medical sciences, associate professor, the Head of the Chair of Public Health and Health Care, Medical Prevention and Informatics with the Course of Complementary Professional Education of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Stavropol State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: kum672002@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 06.07.2021
Accepted 26.10.2021

Введение

Обеспечить хорошее качество жизни в городах призвано городское планирование. Его целью является оптимальное управление социально-экономическим, экологическим и пространственным развитием городов в интересах жителей. Качество жизни в городе зависит от следующих ключевых факторов:

- Степени комфорта и доступности инфраструктуры, транспорта, сервисов и услуг, в том числе территориальной и ценовой.
- Возможности выбора типа и вида жилья, а также его стоимости.
- Степени безопасности городской среды.
- Степени гармонии между городом и окружающими его территориями.

- Защищенности пешеходов от транспорта, сезонных погодных условий (снег, дождь) погоды и окружающей среды (пыль, шум и др.).
- Визуальной привлекательности городской среды (хороший дизайн, качественные материалы, красивые виды).

Приоритетным принципом развития общественных пространств в городах является имплементация принципа пешеходной доступности. Места по значимости в городской среде распределяются следующим образом: 1-е место — жилье, 2-е — работа, 3-е — площади, скверы, прогулочные зоны, кафе. При этом значение кафе в современной жизни возрастает, так как оно представляет собой закрытое или открытое удобное место, где есть беспроводной интернет, и по сути является территорией общения,

Здоровье и общество

зоной отдыха и работы в пределах пешеходной 10-минутной доступности [1].

Городское планирование включает в себя этапы подготовки, разработки и принятия решений на основе следующих принципов:

Собирать — приоритет отдается компактному размещению функциональных зон, связанных кратчайшими путями, при этом гарантируется обеспечение тесных связей пешеходных маршрутов с маршрутами общественного транспорта.

Интегрировать — предполагает многофункциональность зданий и форм городских пространств, обеспечение разнообразия зеленых зон, освещения, малых архитектурных форм и арт-объектов.

Привлекать — означает приоритет пешеходов, обеспеченность пандусами, привлекательность внешнего облика города.

Открывать — предусматривает открытость пространств и их взаимодействие, в том числе прозрачность фасадов, разнообразие и эстетика витрин, уличных кафе и мебели, доступ к интернету.

Увеличивать — создавать большое количество «точек притяжения» в городе: смотровых площадок, памятных мест и креативных пространств, зон проведения спортивных и творческих мероприятий, в том числе выставок, фестивалей и ярмарок.

При анализе территорий города разумно разработать схемы:

1. Общественных пространств и рекреационных зон на расстоянии 5—10-минутной пешеходной доступности (ориентировочно 300—500 м).

2. Тематических пешеходных маршрутов: исторических, вдоль водных объектов и наводных (при наличии), лесопарковых, коммерческих/торговых, обзорных, свадебных, маршрутов по городским достопримечательностям и др.

Требуется также уделить внимание дворовым территориям, где для обеспечения разнообразной жизнедеятельности всех социальных и возрастных групп населения следует зонировать пространства [1].

В настоящее время планирование предполагает использование принципа «из прошлого в будущее», т. е. выбор в настоящем того пути, который наиболее благоприятно воздействует на развитие города в будущем, с видением его через несколько поколений. Это требует грамотного инвестирования в инфраструктуру и бережного использования всех имеющихся ресурсов. Хотя города уже стремятся к компактной застройке, полностью избежать разрастания их периметров не удастся. Следует при этом учитывать позицию жителей по наиболее важным вопросам жизнедеятельности. Вместе с общественностью в процессе планирования следует согласовать пути реализации комплекса мер и планов, а также установить приоритеты.

Получили распространение несколько методов территориального планирования:

- стратегический — адресованный исключительно приоритетным и стратегически значимым вопросам;

- интеграционный, когда ведущим является общественный сектор, а государственный обеспечивает серьезную поддержку его инициатив;
- регулирования, когда совместно с жителями создается общий свод правил пользования общественным пространством и предоставления услуг;
- партнерский, когда в сотрудничестве с общественностью и партнерскими организациями осуществляются оценка состояния городской среды, обучение, планирование стратегии, включая подготовку бюджета;
- международный, когда при поддержке международного сообщества ведется планирование по определенным направлениям (окружающая среда, безопасность и стихийные бедствия).

В последние десятилетия в мире все больше распространяется концепция устойчивого развития. Ее экономическое направление включает использование экологичных, т. е. природосберегающих, энергосберегающих и материалосберегающих технологий, включая добычу и переработку сырья, уничтожение отходов. Социальное направление призвано сохранить и поддержать стабильность социальных и культурных систем, снизить количество разрушительных конфликтов между людьми, способствовать справедливому распределению благ и сохранению культурного многообразия в глобальных масштабах. Экологическое направление служит обеспечению целостности биологических и физических природных систем.

Термин «устойчивое развитие территории» применительно к градостроительной среде означает обеспечение безопасности и благоприятных условий жизнедеятельности человека, снижение негативного воздействия жизнедеятельности человека на окружающую среду, рациональное использование ресурсов [2]. Применительно к городскому планированию принцип устойчивого развития может включать, например, следующее:

- Застройку по типу «ячеек», когда административные и деловые кварталы с высотной застройкой имеют разграничение с жилыми зелеными районами/ячейками.
- Приоритет экологически чистого общественного транспорта (троллейбусов, трамваев, фуникулеров, электропоездов), стимулирование велосипедного движения.
- Расчет парковочных мест автомобилей вблизи жилых массивов и административно-деловых центров осуществляется на основе прогнозирования и анализа экономической и демографической ситуации.
- Преимущественное использование местных источников возобновляемой энергии/ресурсов для каждого микрорайона. Применение энергосберегающих технологий — естественной вентиляции и освещения.
- Экологичное водоснабжение и канализацию с максимальной первичной очисткой перед

сбросом в водоемы в комплексе с системами рециркуляции использованной воды.

- Раздельный сбор твердых бытовых отходов, их переработку, а также компостирование нетвердых бытовых отходов.
- Согласование архитектурного облика зданий с особенностями местного ландшафта и национальными архитектурными традициями.
- Стимуляцию отношений, приводящих в движение социум.

Заключение

Концепция устойчивого развития предполагает расширение вариантов выбора человека, его непосредственное участие в процессах жизнедеятельности социума, принятие и реализацию коллективных решений жителей, контроль их исполнения [3].

Жителям должно принадлежать приоритетное право участия в принятии стратегических решений, касающихся развития города на всех уровнях, а также право физического присутствия и полноценного использования городского пространства в повседневной жизни [4].

При планировании следует также учитывать и ультрасовременные тренды. Так, в условиях пандемии сформировался новый социальный запрос на «коронавирусную» трансформацию архитектурно-градостроительной среды с учетом необходимости дистанцирования. Горожане стали ценить наличие у каждого члена семьи своего пространства, комнаты, дома и квартиры с террасами, балконами, отдельными входами, расширенные придомовые территории, жизнь вне города (усадеб, дач). При этом наблюдается сокращение социальных связей [5].

При любых современных трендах очень важен контроль эффективности городского управления, чему служат индикаторы, целью которых является:

- контроль прогресса на местном, региональном, национальном или международном уровне;
- постановка целей для прогресса;
- демонстрация достигнутых результатов жителям;
- определение приоритетов при финансировании заявок;
- раннее выявление городских проблем;
- вовлечение общественности в расстановку приоритетов и определение целей реализации городской политики [6].

Типологизация индикаторов схематически представлена в работе Н. Pineo и соавт. [6]. Каждый город на основе предложенных может разрабатывать свои индикаторы. Главное, чтобы они отражали ситуацию в городском планировании объективно и отвечали некоторым критериям. Так, они должны

легко собираться, быть регулярно измеряемыми количественно, не должны подвергаться манипуляциям.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Киселев С. Н., Перцев В. В., Пенькова М. В. Особенности формирования комплексной инфраструктуры как фактор повышения качества жизни населения на территории Белгородской области. *Вестник Белгородского государственного технологического университета им. В. Г. Шухова*. 2015;(1):11—5.
2. Градостроительный кодекс РФ. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_51040/
3. Ануфриев А. А. Городское планирование как система организации устойчивого развития городов. *Молодой ученый*. 2016;115(11):260—4.
4. Зайцев Д. В., Зайцева О. В., Ярская-Смирнова В. Н. Инклюзивные тренды городского развития: темпорально-пространственные социальные практики. *Вестник РУДН. Серия: Социология*. 2021;21(1):181—9.
5. Ильмухин В. Н. Городская среда как фактор детерминации поведенческих практик: варианты социологической концептуализации. *Вестник РУДН. Серия: Социология*. 2014;(3). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/gorodskaya-sreda-kak-faktor-determinatsii-povedencheskih-praktik-varianty-sotsiologicheskoy-kontseptualizatsii>
6. Pineo H., Glonti K., Rutter H., Zimmermann N., Wilkinson P., Davies M. Urban Health Indicator Tools of the Physical Environment: a Systematic Review. *J. Urban Health*. 2018 Oct;95(5):613—46. doi: 10.1007/s11524-018-0228-8
7. Абубакиров А. С., Зудин А. Б., Снегирёва Ю. Ю. Практика реализации дистанционных образовательных проектов страховыми организациями в рамках обязательного и добровольного медицинского страхования (кейс-стади). *Вестник Авиценны*. 2019;21(4):577-83. doi: 10.25005/2074-0581-2019-21-4-577-583

Поступила 06.07.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Kiselev S. N., Percev V. V., Per'kova M. V. Features of the formation of complex infrastructure as a factor in improving the quality of life of the population in the Belgorod region. *Vestnik Belgorodskogo gosudarstvennogo tehnologicheskogo universiteta im. V. G. Shuhova*. 2015;(1):11—5 (in Russian).
2. *Gradostroitel'nyj kodeks RF*. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_51040/ (in Russian).
3. Anufriev A. A. Urban planning as a system of organization of sustainable urban development. *Molodoy uchenyj*. 2016;11(115):260—4 (in Russian).
4. Zajcev D. V., Zajceva O. V., Jarskaja-Smirnova V. N. Inclusive trends in urban development: temporal-spatial social practices. *Vestnik RUDN. Serija: Sociologija*. 2021;21(1):181—9 (in Russian).
5. Il'muhin V. N. Urban environment as a determinant of behavioral practices: variants of sociological conceptualization. *Vestnik RUDN. Serija: Sociologija*. 2014;(3). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/gorodskaya-sreda-kak-faktor-determinatsii-povedencheskih-praktik-varianty-sotsiologicheskoy-kontseptualizatsii> (in Russian).
6. Pineo H., Glonti K., Rutter H., Zimmermann N., Wilkinson P., Davies M. Urban Health Indicator Tools of the Physical Environment: a Systematic Review. *J. Urban Health*. 2018 Oct;95(5):613—46. doi: 10.1007/s11524-018-0228-8
7. Abubakirov A. S., Zudin A. B., Snegiryova Yu. Yu. Practice of implementation of remote educational projects by insurance organizations within the framework of compulsory and voluntary health insurance (case-study). *Vestnik Avitsenny = Avicenna Bulletin*. 2019;21(4):577-83. doi: 10.25005/2074-0581-2019-21-4-577-583.

Садыков Р. М.¹, Большакова Н. Л.²

ЖЕНСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: СОСТОЯНИЕ, ПРИЧИНЫ УХУДШЕНИЯ, МЕРЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ

¹Институт социально-экономических исследований — обособленное структурное подразделение ФГБНУ «Уфимский федеральный исследовательский центр» Российской академии наук, 450054, г. Уфа;
²ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет», 450076, г. Уфа

Ухудшение состояния здоровья женского населения признано одной из важных медико-социальных проблем, от решения которой в значительной мере зависят воспроизводство населения и улучшение социально-демографических показателей в Российской Федерации. Здоровье женщин можно рассматривать как один из индикаторов физического, духовного и социального благополучия семьи. Одним из значимых аспектов в рассмотрении важности состояния здоровья женщины является ее отношение к вопросам собственного здоровья. Ситуация усугубляется ростом асоциального поведения среди молодых женщин, сопровождающегося снижением качества жизни и значительной утратой нравственных ценностей. Кроме того, организация лечебно-профилактических мероприятий по раннему выявлению и снижению гинекологической заболеваемости, на наш взгляд, не отвечает современным требованиям. Свой негативный вклад в ухудшение состояния здоровья женщин вносят состояние экономики и экологическая обстановка в стране. Такие социальные факторы, как отсутствие работы или угроза ее потери, низкий доход на душу населения, непригодное жилье и некачественное питание, вредные привычки ухудшают здоровье женского населения. Проблема собственного здоровья и профилактика заболеваний находятся у женской части населения на последнем месте. В современных условиях в связи с перегрузками в сфере занятости женщины не уделяют должного внимания своему здоровью, не проходят медицинские осмотры, редко обращаются к врачам, что подтверждается результатами проведенного исследования. Охране здоровья женщин способствуют не только лечебно-диагностические мероприятия, но и широкий спектр профилактических мероприятий, формирование здорового образа жизни, благоприятных условий для образования, труда и быта, правовая и социальная поддержка женщин в период рождения и воспитания детей. Охрана здоровья выходит далеко за рамки медицинской проблемы и требует принятия управленческих решений и межведомственных мер по правовой и финансовой поддержке материнства и детства. Поэтому охрана и укрепление женского здоровья, в том числе репродуктивного, являются необходимыми условиями достижения национальной безопасности и улучшения демографических показателей Российской Федерации.

К л ю ч е в ы е с л о в а : здоровье; женское здоровье; репродуктивное здоровье; общественное здоровье; гендерные факторы здоровья; охрана здоровья; профилактика заболеваний.

Для цитирования: Садыков Р. М., Большакова Н. Л. Женское здоровье: состояние, причины ухудшения, меры по улучшению. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):247—252. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-247-252>

Для корреспонденции: Садыков Рамиль Мидхатович, канд. социол. наук, доцент, ст. науч. сотрудник Института социально-экономических исследований — обособленного структурного подразделения Уфимского федерального исследовательского центра Российской академии наук, e-mail: SadykovRM@mail.ru

Sadykov R. M.¹, Bolshakova N. L.²

THE FEMALE HEALTH: STATUS, CAUSES OF DETERIORATION, MEASURES OF IMPROVEMENT

¹The Institute of Social Economic Studies — the Detached Structural Department of The Federal State Budget Scientific Institution “The Ufa Federal Research Center of The Russian Academy of Sciences, 450054, Ufa, Russia;
²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Bashkir State University”, 450076, Ufa, Russia

The deterioration of health status of female population is recognized as one of the important medical social problems. On its resolution depends reproduction of population and improvement of social demographic indices in the Russian Federation. The female health can be considered as one of the indices of physical, spiritual and social well-being of family. One of significant aspects of considering importance of female health status is her attitude to issues of her own health. The situation is aggravated by increase of asocial behavior in young women, accompanied by decreasing of quality of life and significant loss of moral values. Besides, organization of treatment and prevention measures for early detection and reduction of gynecological morbidity does not meet modern requirements. The economic conditions and ecological situation negatively contribute to deterioration of female health. Such social factors as lack of work or threat of losing it, low per capita income, inadequate housing and poor-quality nutrition, harmful habits deteriorate health status of female population. The status of one's own health and disease prevention are in last place in female population. In modern conditions, due to employment overload, women pay no due attention to their own health, do not undergo medical examinations, rarely visit physicians as study results confirm. The female health protection is facilitated not only by medical and diagnostic measures, but also by wide range of preventive activities, formation of healthy lifestyle, favorable conditions for education, work and life, legal and social support of women during child-bearing and child-rearing. The female health protection goes far beyond scope of medical problem and requires corresponding management decision-making and inter-departmental measures on legal and financial support of motherhood and childhood. Therefore, protection and promotion of female health, including reproductive health, are necessary conditions of achieving national security and improving demographic indices of the Russian Federation.

К е у в о р д с : health; female health; reproductive health; public health; public health; gender health factors; health promotion; disease prevention.

For citation: Sadykov R. M., Bolshakova N. L. The female health: status, causes of deterioration, measures of improvement. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):247—252 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-247-252>

For correspondence: Sadykov R. M., candidate of sociological sciences, associate professor, the Senior Researcher of the Institute of Social Economic Studies — the Detached Structural Department of The Federal State Budget Scientific Institution “The Ufa Federal Research Center of The Russian Academy of Sciences. e-mail: SadykovRM@mail.ru

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

Acknowledgment. The study was carried out within the framework of the state assignment of the UFIC RAS No. 075-01211-20-01 for 2021

Received 16.06.2021

Accepted 26.10.2021

Введение

Состояние здоровья женского населения во многом определяет состояние здоровья будущих поколений. Снижение качества жизни, хронический стресс, неопределенность личных перспектив ведут к ухудшению физического здоровья женщин, социальному неблагополучию, неготовности к материнской роли, появлению на свет нежеланных детей и отказу от материнства, что становится серьезной социальной проблемой. Большинство проблем со здоровьем, с которыми приходится сталкиваться женщинам, возникает на ранних этапах жизни, поэтому необходимо заботиться о здоровье женщин на протяжении всего жизненного цикла. Основа здоровой жизни в будущем может быть заложена правильным питанием в период вынашивания ребенка, благоприятным развитием в раннем детстве и наличием доступа к медико-санитарной информации, особенно в подростковом возрасте [1]. Главными негативными факторами, которые влияют на здоровье в будущем, являются курение и чрезмерное употребление спиртных напитков, вредные привычки в питании и низкая физическая активность. В структуре причин потери или ухудшения здоровья, по мнению многих экспертов, важнейшее место принадлежит образу жизни (50%), около 20% приходится на генетику, 19% — на природную и социальную среду, 11% — на службы здравоохранения [2].

Забота о состоянии здоровья женщин — это важный и эффективный подход к укреплению системы здравоохранения в целом. Ведь будущее человечества зависит от женщин, поэтому формирование здоровых привычек в раннем возрасте поможет женщинам вести активный и здоровый образ жизни до старости.

Целью настоящего исследования является изучение состояния здоровья женского населения России и мер по его улучшению.

Материалы и методы

Объект исследования — состояние здоровья женского населения России. Материалы исследования — данные федерального статистического наблюдения по Российской Федерации, результаты социологического исследования женского населения ($n=600$) Республики Башкортостан, проведенного в 2019 г. Методы исследования — аналитический, логический, сравнительный, анкетирование. С помощью анализа данных официальной статистики, характеризующих состояние здоровья женского населения, результатов социологического опроса населения представлено современное состояние здоровья женского населения.

Результаты исследования

Основные факторы, влияющие на здоровье женского населения [3]:

- гендерные биологические аспекты;
- сердечно-сосудистые заболевания как основная причина смертности женщин;
- рак шейки матки и рак молочной железы как наиболее распространенные виды рака;
- депрессии, которым в большей мере подвержены женщины;
- физическое либо сексуальное насилие, которому в течение жизни подвергается каждая из трех женщин в мире;
- женщины, особенно девушки в возрасте 15—24 лет, составляют большинство людей, живущих с ВИЧ;
- социальные факторы — отсутствие работы или угроза ее потери, низкий доход на душу населения, непригодное жилье и некачественное питание, загрязненная окружающая среда, вредные привычки [4, 5].

Состояние здоровья женщин репродуктивного возраста находится в значительной корреляции с такими факторами, как материальная обеспеченность, возраст, количество выкуриваемых сигарет, жилищно-бытовые условия, наличие хирургических вмешательств, возраст выявления заболевания в женской консультации [6, 7].

Рассмотрим основные проблемы и факторы здоровья женщин в современном российском обществе [8].

Репродуктивное здоровье женщины

В последние десятилетия сохраняются негативные тенденции в сфере репродуктивного здоровья женщин. Невысокий уровень рождаемости и высокий показатель общей смертности населения способствуют снижению уровня воспроизводства населения, ухудшению качества здоровья детей. Изучать состояние репродуктивного здоровья современных женщин в силу множества различных социальных факторов можно, принимая во внимание следующие аспекты: осведомленность в вопросах репродуктивного здоровья, принятие здоровья как ценности, репродуктивные установки и поведение, социально-экономические характеристики. Большая часть проблем у населения связана с низким уровнем осведомленности в сфере репродуктивного здоровья, в частности об учреждениях планирования семьи, что свидетельствует о неудовлетворительной профилактической работе по подготовке к материнству.

Слабое здоровье беременных, аборт, которые проводятся не в медицинских учреждениях, непро-

Здоровье и общество

Профессиональная медицинская помощь в женских консультациях и акушерских стационарах, низкий уровень общей и санитарной культуры у части женского населения — вот основные факторы, которые влияют на высокую материнскую смертность. Особую обеспокоенность вызывает здоровье женщин и девушек по причине того, что в связи с дискриминацией, которая вызвана социально-культурными факторами во многих сообществах, женщины по-прежнему прибегают к абортам как методу контрацепции, хотя проводится работа по созданию служб планирования семьи, внедряются современные средства предупреждения нежелательной беременности. Последствием аборта могут стать появление хронических воспалительных заболеваний, бесплодие, невынашивание беременности, временная неспособность женщин.

Влияние алкоголя на женское здоровье

В силу физических, психических и эндокринных особенностей организма развитие и течение алкоголизма у женщин отличается от мужской алкогольной зависимости. У женщин алкоголизм развивается в короткие сроки, сопровождается стремительной психической деградацией и быстрым разрушением внутренних органов. Женщины привыкают к алкоголю в 2 раза быстрее, чем мужчины: иногда бывает достаточно всего пары месяцев регулярного употребления. У женщин-алкоголичек продолжительность жизни короче на 15—20 лет и причинами смерти являются цирроз печени, острая сердечно-сосудистая недостаточность, отравление суррогатами спирта и самоубийства.

Врачи всегда рассматривали проблему влияния употребления алкоголя на женское здоровье, в первую очередь на репродуктивную функцию. При систематическом приеме спиртных напитков во время беременности увеличивается вероятность развития патологий плода и даже выкидыша. У молодых женщин алкоголизм вызывает нарушения менструального цикла и повышает риск нежелательной беременности. Одной из приоритетных задач сферы здравоохранения в любой стране, которая озабочена снижением уровня детской смертности, ухудшением состояния здоровья и старением нации, является профилактика и лечение женского алкоголизма [9].

Проблема женского курения

Курящие женщины чаще, чем некурящие, страдают бесплодием и задержками в наступлении беременности. Курение в период вынашивания ребенка повышает риск преждевременных родов, мертворождений и смерти новорожденных, может вызвать уменьшение количества грудного молока. Важным фактором курения среди женщин в России является их социальный статус. Так, девушки из неблагополучных семей и детских домов курят на 90% больше, чем девушки из благополучных семей. Курение распространено среди вдов и матерей-одиночек, одиноких женщин. Значительное влияние на наличие

негативной привычки оказывают место работы, среда общения [10]. Даже пассивное курение, которое присутствовало в жизни женщины задолго до беременности, в период формирования организма, негативно влияет на репродуктивное здоровье.

Насилие в отношении женщин

Насилие в отношении женщин в наши дни является одним из основных социальных механизмов, с помощью которого женщин вынуждают занимать подчиненное положение по сравнению с мужчинами. Женщины, которые подвергаются насилию, чаще страдают от психических, репродуктивных и сексуальных нарушений здоровья. У женщин, которые подвергались физическому либо сексуальному насилию, более высокий показатель психических расстройств, незапланированной беременности, абортов и выкидышей. Очень важно, чтобы работники здравоохранения прошли надлежащую подготовку и смогли предоставить эффективную помощь и моральную поддержку, а для обеспечения безопасности и конфиденциальности в учреждениях здравоохранения и социальных служб были созданы все необходимые условия [11].

Депрессия

На появление стресса влияют неблагоприятное социально-экономическое положение, вредные зависимости (курение, алкоголь, наркотики), депрессия, нервные ситуации в семье и на работе, неблагоприятная окружающая среда, несбалансированное питание, психоэмоциональный стресс. Стресс от перегрузок на работе усугубляется недостаточным отдыхом.

Послеродовая депрессия является одним из наиболее частых психических расстройств и в силу высокой социальной значимости этой патологии относится к числу приоритетных проблем не только медицины, но и общества в целом. Тревога, страхи, эмоциональная лабильность и нарушение сна, которые сопровождаются депрессией, в итоге проявляются снижением качества жизни, нарушением родительского инстинкта, социальной дезадаптацией и являются факторами, крайне неблагоприятно влияющими на развитие семейных отношений. Наличие послеродовой депрессии сопровождается повышением риска самоубийств, что в тяжелых случаях представляет угрозу как для матери, так и для новорожденного. В силу сложившихся в нашей стране медицинских, культурных и ментальных традиций диагностика, стратификация факторов риска, диагностика и лечение послеродовых депрессий вызывают определенные трудности. Негативные последствия депрессивных состояний часто приводят к социальной изоляции, а в тяжелых случаях — к смерти.

Влияние окружающей среды на здоровье женщин

Неблагоприятное воздействие факторов окружающей среды на репродуктивную функцию человека является особо важной проблемой, поскольку они

влиять на здоровье будущего поколения. Организм женщины в период беременности восприимчив к различным вредным веществам, источником которых является пространство ее обитания. Опасные вещества, которые попадают в организм беременной женщины, могут негативно сказаться на развитии и формировании плода.

Воздействие изменения климата и окружающей среды на здоровье не является нейтральным с гендерной точки зрения. Женщины и девочки более подвержены воздействию таких факторов экологического риска, как загрязненная вода и загрязненный воздух в помещениях. Они сталкиваются с повышенным риском смерти во время стихийных бедствий и особенно уязвимы во время гуманитарных кризисов, когда часто становятся жертвами изнасилования, подвергаются повышенному риску насилия со стороны интимных партнеров, риску быть вовлеченными в торговлю людьми и могут не иметь доступа к базовому медицинскому обслуживанию.

Обсуждение

Последовательное осуществление государственной политики в области здравоохранения, реализация федеральных и региональных медико-социальных программ дали возможность достигнуть определенных результатов по сохранению здоровья жителей Российской Федерации, совершенствованию работы системы здравоохранения [12].

В целях сохранения и укрепления здоровья жителей Российской Федерации посредством профилактики заболеваний и систематической работы по формированию здорового образа жизни выработана комплексная государственная программа «Здоровье населения». Распоряжением Правительства Российской Федерации утверждена Национальная стратегия действий в интересах женщин на 2017—2022 гг., на основании которой определены главные направления государственной политики в отношении женщин, которая нацелена на реализацию принципа равенства прав и свобод мужчин и женщин, создание равных возможностей для их реализации женщинами.

В целях снижения и профилактики материнской смертности необходимо проводить первичную профилактику неинфекционных заболеваний, развивать систему скрининга состояния здоровья беременных на уровне женской консультации, акушерского стационара, совершенствовать интенсивную и реанимационную помощь беременным, роженицам и родильницам, повышать санитарную культуру населения, совершенствовать услуги по планированию семьи. Обширный круг мероприятий, которые создаются задолго до того как женщина вступает в репродуктивный период жизни, разрабатывается в целях охраны женского здоровья. Внедряются инновационные технологии, которые способствуют сохранению здоровья женщины, совершенствуется материально-техническая база родильных домов, реализуются государственные социальные гаран-

тии в сфере поддержки семьи, материнства и детства.

Увеличение объемов оказания медицинской помощи по лечению бесплодия с использованием современных вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) повышает доступность данного вида помощи и является одним из резервов сохранения параметров рождаемости. Проводятся мероприятия, которые направлены на формирование здорового образа жизни в целях сохранения и укрепления здоровья девочек и девушек. Разрабатывается и внедряется система комплексных профилактических осмотров для раннего выявления и своевременного лечения заболеваний, которые впоследствии могут отрицательным образом сказаться на репродуктивной функции женщины.

На вопрос в ходе социологического исследования «Что для Вас является здоровым образом жизни?» ответы респондентов распределились таким образом: 20% респондентов считают, что это отказ от вредных привычек, по 15% приходится на правильное питание и регулярную физическую активность и закаливание, по 5% — на соблюдение режима дня и на отсутствие беспорядочной половой жизни, 40% респондентов считают, что все вышеперечисленное характеризует здоровый образ жизни.

На вопрос «Часто ли Вы посещаете врача?» 58% ответили, что обращаются к врачу, если что-то беспокоит, 26% проходят ежегодный медицинский осмотр, эту часть респондентов составляют работающие женщины, которые проходят ежегодную диспансеризацию на рабочем месте либо по месту жительства. Редко посещают медицинские учреждения 16% женщин.

Эффективность проведения диспансеризации по месту работы респонденты оценили следующим образом. Основная часть (82%) женщин ответили, что данное мероприятие помогает выявить заболевания на начальных этапах. К сожалению, не во всех учреждениях организованы периодические медицинские осмотры. На вопрос «Проводится ли диспансеризация по месту Вашей работы?» только 78% опрошенных ответили, что проводится ежегодно.

Информирование по вопросам планирования семьи, ответственного и безопасного сексуального поведения, предупреждения нежелательной беременности и искусственного ее прерывания должно проводиться в период подготовки к вступлению в семейную жизнь в целях охраны здоровья будущей мамы. Важное значение в данный период имеет своевременно проведенная диагностика и лечение уже имеющихся заболеваний репродуктивной системы. Создание оптимальных условий труда также является необходимой мерой по охране здоровья будущей мамы.

Предупреждение, диагностика и лечение гинекологических заболеваний и болезней молочной железы, формирование подходящего для женщины контрацептивного поведения в целях предупреждения абортов, создание благополучных и безвредных для

Здоровье и общество

здоровья женщины условий труда и быта — все это нацелено на охрану здоровья женщины.

Заключение

Охране здоровья женщин способствуют не только лечебно-диагностические мероприятия, но и широкий спектр профилактических мероприятий, формирование здорового образа жизни, благоприятных условий для образования, труда и быта, правовая и социальная поддержка женщин в период рождения и воспитания детей. Это предполагает участие в охране здоровья женщин не только специалистов-медиков, но и психологов, юристов, а также социальных работников [13].

В Республике Башкортостан принимаются меры по улучшению репродуктивного здоровья населения. Правительство республики утвердило план мероприятий, направленных на повышение рождаемости, преодоление последствий демографического спада. Предусмотрены такие меры, как предоставление высокотехнологичной медицинской помощи с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО, ИКСИ), проведение углубленного медицинского обследования беременных женщин в перинатальных центрах, организация своевременного УЗИ-скрининга, уменьшение количества абортов.

Регулярный осмотр у гинеколога позволяет контролировать состояние репродуктивной системы, вовремя диагностировать и лечить многие заболевания, поэтому каждая девушка, женщина должна хотя бы 1 раз в год, а по рекомендациям врачей — каждые полгода посещать гинеколога в профилактических целях. На самом же деле женщины редко посещают гинеколога или посещают тогда, когда что-то сильно беспокоит и причиняет болезненные ощущения. Эти факты подтверждаются результатами нашего исследования. На вопрос «Как часто Вы посещаете гинеколога?» лишь 12% женщин ответили, что делают это несколько раз в год, 35% — 1 раз в год, остальные 53% — когда что-то беспокоит.

Женщинам от 40 лет и старше рекомендовано ежегодно проходить обследование молочной железы для ранней диагностики опухолевых заболеваний. В ходе социологического исследования выяснилось, что основная часть (79%) женщин знают, что необходимо проходить маммографию с профилактической целью с 40 лет, 12% считают, что нужно проходить маммографию с 50 лет, лишь 9% не знают, с какого возраста нужно проходить данное обследование.

С нашей точки зрения, специалисты социальной сферы могли бы внести посильный вклад в сохранение, поддержание состояния здоровья женщин. Роль социального работника может заключаться в помощи женщинам, которые в одиночку не могут справиться с жизненной ситуацией, консультировании женщин в решении вопроса о рождении ребенка, формировании сознательного отношения к своему репродуктивному здоровью, психологической

подготовке беременных женщин к родам, консультировании по вопросам супружеских конфликтов.

Исследование выполнено в рамках государственного задания УФИЦ РАН № 075-01211-20-01 на 2021 г.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ходакова О. В., Дударева В. А. Социально-гигиеническая оценка состояния системы охраны материнства и детства на региональном уровне. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(3):423—7. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-423-427
2. Официальный сайт ВОЗ. Режим доступа: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/9/13-128439/ru/> (дата обращения 02.06.2020).
3. Женщины и здоровье. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health> (дата обращения 20.08.2020)
4. Мигунова Ю. В., Садыков Р. М. Питание детей в современной российской семье: социально-экономический аспект. *Вопросы питания*. 2018;87(2):103—7. doi: 10.24411/0042-8833-2018-10024
5. Садыков Р. М., Мигунова Ю. В. Рациональное питание детей в семье как фактор здоровья населения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(1):23—7. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-1-23-27
6. Полунина В. В., Мустафина Г. Т., Шарафутдинова Н. Х., Латыпов А. Б., Шарафутдинов М. А. Факторы риска формирования здоровья городских и сельских женщин. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(4):438—42. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-4-438-442
7. Сергейко И. В. Медико-социальные факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщин. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2014;35(1). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/544/30/lang,ru/> (дата обращения 30.06.2020).
8. Большакова Н. Л. Современные проблемы здоровья женщин. *Социальная политика и социальное партнерство*. 2019;(9):20—7.
9. Османов Э. М., Пышкина А. С. Влияние алкоголя на репродуктивное здоровье женщин. *Вестник Тамбовского университета*. 2010;15(1):59—62. Режим доступа: <http://journals.tsutmb.ru/a8/upload/2018-december/temp.9592bbad4f204a7be6f562afdb63ea14.pdf> (дата обращения 25.08.2020).
10. Статистика женского курения в России. Режим доступа: <http://ne-kurim.ru/articles/stat/zhenskoe-kurenje/> (дата обращения 27.08.2020).
11. Безвербный В. А., Завьялова Н. Б., Калиев Т. Б., Ростовская Т. К. Профилактика насилия как фактор безопасности семьи. *Женщина в Российском обществе*. 2018;1(86):78—88. Режим доступа: https://womandinrussiansociety.ru/wp-content/uploads/2018/03/Rostovskaya_78_88.pdf (дата обращения 28.08.2020).
12. Хабриев Р. У., Щепин В. О., Миргородская О. В. Комплексная оценка целевых показателей здоровья населения центрального федерального округа Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;28(3):349—54. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-349-354
13. Мигунова Ю. В., Садыков Р. М. Кадровое обеспечение медицинских организаций в Республике Башкортостан. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(2):177—81. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-2-177-181

Поступила 16.06.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Khodakova O. V., Dudareva V. A. Socio-hygienic assessment of the state of the maternal and child health protection system at the regional level. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny*. 2020;28(3):423—7. doi: 10.32687 / 0869-866X-2020-28-3-423-427 (in Russian).
2. WHO official website. Available at: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/9/13-128439/ru/> (accessed 06.02.2020).
3. Women and health. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health> (accessed 08.20.2020).

4. Migunova Yu. V., Sadykov R. M. Nutrition of children in a modern Russian family: socio-economic aspect. *Voprosy pitaniya*. 2018;87(2):103—7. doi: 10.24411/0042-8833-2018-10024 (in Russian).
5. Sadykov R. M., Migunova Yu. V. Rational nutrition of children in the family as a factor of public health. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2019;27(1):23—7. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-1-23-27 (in Russian).
6. Polunina V. V., Mustafina G. T., Sharafutdinova N. Kh., Latypov A. B., Sharafutdinov M. A. Risk factors for the formation of the health of urban and rural women. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2019;27(4):438—42. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-4-438-442 (in Russian).
7. Sergeyko I. V. Medical and social factors affecting the reproductive health of women. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2014;35(1). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/544/30/lang.ru/> (accessed 06.30.2020) (in Russian).
8. Bolshakova N. L. Modern problems of women's health. *Social'naya politika i social'noe partnerstvo*. 2019;(9):20—7 (in Russian).
9. Osmanov E. M., Pyshkina A. S. The influence of alcohol on the reproductive health of women. *Vestnik Tambovskogo universiteta*. 2010;15(1):59—62. Available at: <http://journals.tsutmb.ru/a8/upload/2018-december/temp.9592bbad4f204a7be6f562afdb63ea14.pdf> (accessed 08.25.2020) (in Russian).
10. Statistics of female smoking in Russia. Available at: <http://nekurim.ru/articles/stat/zhenskoe-kurenje/> (accessed 08.27.2020) (in Russian).
11. Bezverbny V. A., Zavyalova N. B., Kaliev T. B., Rostovskaya T. K. Violence prevention as a factor of family safety. *Zhenshchina v Rossijskom obshchestve*. 2018;1(86):78—88. Available at: https://womaninrussiansociety.ru/wp-content/uploads/2018/03/Rostovskaya_78_88.pdf (accessed 08.28.2020) (in Russian).
12. Khabriev R. U., Shchepin V. O., Mirgorodskaya O. V. Comprehensive assessment of target health indicators for the population of the central federal district of the Russian Federation. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2020;28(3):349—54. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-3-349-354 (in Russian).
13. Migunova Yu. V., Sadykov R. M. Staffing of medical organizations in the Republic of Bashkortostan. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2019;27(2):177—81. doi: 10.32687/0869-866X-2019-27-2-177-181 (in Russian).

Лещенко Я. А., Лисовцов А. А.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

ФГБНУ «Восточно-Сибирский институт медико-экологических исследований», 665827, г. Ангарск

Показатель средней ожидаемой продолжительности жизни широко используется в качестве системного индикатора качества жизни и здоровья населения.

Цель исследования — выявление, оценка количественных и структурных изменений показателя средней ожидаемой продолжительности жизни населения Иркутской области в период 1990—2019 гг.

Данные о показателях средней ожидаемой продолжительности жизни получены на сайтах Росстата. Проведены собственные расчеты таблиц дожития с использованием баз данных Центра демографических исследований Российской экономической школы. Анализ трендов осуществляли методом линейного регрессионного анализа с помощью программы SPSS (IBM, USA). Проведен анализ роли экзогенной и эндогенной детерминации смертности в формировании показателя средней ожидаемой продолжительности жизни.

В 1990—2005 гг. в Иркутской области произошло изменение ранговых мест причин смерти, обусловивших наибольшие безвозвратные потери населения и сокращение показателя средней ожидаемой продолжительности жизни. Суть этого изменения в аномально высоком удельном весе экзогенных причин смертности, особенно класса ее внешних причин, в структуре безвозвратных демографических потерь. В период 2006—2019 гг. в Иркутской области произошли благоприятные изменения в структуре безвозвратных потерь, свидетельствующие о возврате к современному типу смертности. В этот же период значительно увеличился показатель средней ожидаемой продолжительности жизни.

Установлено, что произошедшие с 2006 г. изменения количественно-структурных показателей смертности и средней ожидаемой продолжительности жизни весьма позитивны. Однако в течение демографических процессов в 2020 г. вмешалась возникшая пандемия COVID-19. Данный фактор окажет (и уже оказывает) негативное влияние на экономику, а вслед за этим на социальную сферу и общественное здоровье. Дальнейший ход развития социально-демографической ситуации в Иркутской области, в частности динамика показателя средней ожидаемой продолжительности жизни, будет зависеть от успешности действий властей всех уровней по борьбе с пандемией и преодолению кризисных явлений в социально-экономическом развитии.

К л ю ч е в ы е с л о в а: продолжительность жизни; смертность; тренды; экзогенные и эндогенные факторы смертности.

Для цитирования: Лещенко Я. А., Лисовцов А. А. Продолжительность жизни населения Иркутской области. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):253—258. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-253-258>

Для корреспонденции: Лисовцов Александр Александрович, канд. мед. наук, научный сотрудник лаборатории эколого-гигиенических исследований ФГБНУ ВСИМЭИ, e-mail: a.a.lisovtsov@gmail.com

Leshchenko Ya. A., Lisovtsov A. A.

THE LIFE-SPAN OF POPULATION OF THE IRKUTSK OBLAST

The Federal State Budget Scientific Institution “The Eastern Siberian Institute of Medical Ecological Studies”, 665827, Angarsk, Russia

The indicator of average life expectancy at birth is widely used as systemic indicator of population quality of life and health.

The purpose of the study is to identify, to evaluate quantitative and structural changes of indicator of life expectancy at birth in population of the Irkutsk Oblast during 1990—2019.

The data of life expectancy at birth was obtained from the Rosstat websites. The original calculations of survival tables were carried out using the databases of the Center for Demographic Research at the New Economic School. The analysis of trends was carried out using linear regression analysis. The analysis of role of exogenous and endogenous determination of mortality in formation of average life expectancy was carried out.

In 1990—2005, in the Irkutsk Oblast, occurred change in ranking of causes of death that determined the greatest irrecoverable losses of population and reduction of indicator of average life expectancy at birth. The essence of this change is in abnormally high proportion of exogenous causes of mortality, especially class of external causes of mortality, in the structure of irreversible demographic losses. In the Irkutsk Oblast, in 2006—2019, occurred favorable changes in the structure of irrecoverable losses, testifying returning to modern type of mortality. During the same period, indicator of average life expectancy at birth increased.

It is established that changes occurred since 2006 in the quantitative and structural indices of mortality and average life expectancy at birth are very positive. However, during demographic processes in 2020, the COVID-19 pandemic intervened. This factor is bringing negative impact on economy, and after that on social sphere and public health. The further course of development of social demographic situation in the Irkutsk Oblast, in particular, dynamics of indicator of average life expectancy at birth, will depend on success of activities of authorities of all levels in struggle with pandemic and overcoming crisis events in social economic development.

К e y w o r d s: life expectancy at birth; mortality; trends; exogenous and endogenous factors.

For citation: Leshchenko Ya. A., Lisovtsov A. A. The life-span of population of the Irkutsk Oblast. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):253—258 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-253-258>

For correspondence: Lisovtsov A. A., candidate of medical sciences, the Researcher of the Laboratory of Ecologic Hygienic Studies of the Federal State Budget Scientific Institution “The Eastern Siberian Institute of Medical Ecological Studies”. e-mail: a.a.lisovtsov@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Введение

Важнейшей медико-демографической характеристикой, которая широко используется в качестве системного индикатора качества жизни и здоровья населения, является показатель средней ожидаемой продолжительности жизни (СОПЖ) [1—7]. Всестороннее исследование, анализ количественных, структурных и динамических характеристик показателя СОПЖ позволяет выявлять особенности и специфику формирования социально-экономической и демографической ситуации в регионах, а также оценивать значимость факторов, блокирующих или тормозящих развитие территорий. При всей информационно-содержательной емкости показателя далеко не всегда удается правильно и в полной мере оценивать эту характеристику в причинно-следственном и структурно-количественном аспектах, а также определять тенденции ее изменения. Особую важность и значимость имеет исследование данной проблемы в восточных регионах (Сибирь, Дальний Восток), где в постсоветский период течение социально-экономических процессов характеризуется рядом негативных проявлений [8—15].

Цель исследования — выявление, оценка количественных и структурных изменений показателя СОПЖ населения Иркутской области в период 1990—2019 гг.

Материалы и методы

Данные о показателях СОПЖ в Российской Федерации (РФ) в целом, отдельных федеральных округах, Иркутской области получены на сайтах Росстата [16]. Проведены собственные расчеты показателей таблиц дожития с использованием базы данных по смертности, рождаемости и численности населения Центра демографических исследований Российской экономической школы [17]. Анализ трендов осуществляли методом линейного регрессионного анализа с помощью программы SPSS (IBM, США). Заключение о наличии статистически значимого тренда делали при достижении уровня значимости менее 0,05. Проведен анализ роли экзогенной и эндогенной детерминации смертности в формировании показателя СОПЖ.

Результаты исследования

Динамика показателя СОПЖ

Динамика показателя СОПЖ в РФ и ее регионах, в частности в Сибирском федеральном округе (СФО) и Иркутской области, в 1990—2019 гг. наглядно отражала изменения, происходившие в социально-экономической сфере, качестве жизни, здоровье населения (табл. 1). Выраженное ухудшение демографической ситуации первоначально произошло в 1993—1995 гг., когда в стране стали осуществляться масштабные либеральные экономические реформы. В эти годы показатель СОПЖ по РФ по сравнению с 1990 г. (69,2 года) снизился до значений 65,0—63,9 года, в СФО — с 67,9 до 61,8—63,2 года; в Иркутской области — с 66,5 до 60,0—61,4 го-

да. Следовательно, из рассматриваемых административных объектов наиболее низкие значения СОПЖ в первой половине 1990-х годов были зарегистрированы в Иркутской области, где они были даже ниже среднего уровня по СФО.

В 2000—2005 гг. наблюдалось новое обострение демографической ситуации, детерминированное последствиями дефолта 1998 г. и другими негативными процессами в общественном развитии.

Но в 2000-е годы постепенно все более заметную позитивную роль в течении демографических процессов стал играть фактор благоприятной для страны международной стоимостно-ресурсной конъюнктуры: повышение с 1999 г. мировых цен на нефть, газ, металлы — основные экспортные товары России, что вызвало огромный приток валюты в страну и привело к заметному экономическому росту и повышению уровня жизни населения [18]. Влияние данного фактора постепенно нарастало и к 2006 г. смогло в значительной мере компенсировать и даже превысить негативное влияние последствий социально-экономического кризиса. По этой причине после 2005 г. в стране стала улучшаться демографическая ситуация: последовательно снижалась смертность и повышался показатель СОПЖ (см. табл. 1).

Мы провели сравнительный анализ динамики показателей СОПЖ: среднероссийских, в ЦФО и СФО, а также в Иркутской области. ЦФО взят для сравне-

Таблица 1
Динамика показателей СОПЖ в РФ, ЦФО, СФО и Иркутской области в 1990—2019 гг. (в годах)

Год	РФ	ЦФО	СФО	Иркутская область
1990	69,2	69,5	67,9	66,5
1991	68,9	69,2	67,7	66,2
1992	67,8	68,3	66,3	64,5
1993	65,0	65,6	63,2	61,4
1994	63,9	64,2	61,8	60,0
1995	64,5	64,9	62,8	60,6
1996	65,8	66,5	63,7	62,4
1997	66,7	67,4	64,7	63,6
1998	67,1	67,6	65,4	63,7
1999	65,9	66,4	64,1	61,7
2000	65,3	66,1	63,7	61,2
2001	65,2	65,8	63,6	61,1
2002	65,0	65,6	63,1	60,7
2003	64,9	65,7	62,8	60,4
2004	65,3	66,3	63,2	60,8
2005	65,4	66,5	62,7	60,3
2006	66,7	67,6	64,6	62,9
2007	67,6	68,4	65,7	64,7
2008	68,0	68,8	66,1	64,8
2009	68,8	69,7	66,9	65,2
2010	68,9	69,9	67,1	65,3
2011	69,8	71,2	67,7	65,9
2012	70,2	71,4	68,0	66,3
2013	70,8	71,9	68,6	66,7
2014	70,9	72,1	68,9	66,9
2015	71,4	72,7	69,3	67,4
2016	71,9	73,1	69,8	68,2
2017	72,7	73,9	70,5	69,2
2018	72,9	74,0	70,7*	69,3
2019	73,3	74,5	71,1*	69,6

Примечание. ЦФО — Центральный федеральный округ, *данные по СФО представлены без учета населения Забайкальского края и Республики Бурятия (03.11.2018 г. переданы из СФО в Дальневосточный федеральный округ — ДВФО).

Здоровье и общество

ния как макрорегион, в котором (наряду с Северо-Кавказским федеральным округом — СКФО) в период наблюдения регистрировались самые высокие в стране показатели СОПЖ. Динамика изменений показателей СОПЖ в 2006—2018 гг. во всех вышеперечисленных административных объектах была аппроксимирована линейной функцией. При этом статистическая значимость тренда характеризовалась следующими параметрами: в РФ — $F=1062,1$; $p<0,0001$; $R^2=0,989$; в ЦФО — $F=666,7$; $p<0,0001$; $R^2=0,983$; в СФО — $F=872,3$; $p<0,0001$; $R^2=0,987$; в Иркутской области — $F=267,5$; $p<0,0001$; $R^2=0,960$.

В Иркутской области в течение всего периода демографического подъема (2006—2019) сохранялось отставание по показателю СОПЖ от среднего значения по СФО (ниже на 0,9—2,0 года, разрыв между показателями сокращался к концу периода). Более значительным было отставание от среднего значения СОПЖ по ЦФО (на 3,7—5,3 года, разрыв между показателями увеличивался к концу периода) и РФ в целом (разрыв между показателями в 2007 г. составил 2,9 года, в дальнейшем он увеличился и составлял в основном 3,6—3,7 года). Следовательно, динамику показателя СОПЖ в Иркутской области и СФО в целом нельзя назвать «догоняющей» показателя ЦФО и РФ. Напротив, при общей позитивной динамике показателя в Сибири этот процесс шел медленнее. Следовательно, разрыв в показателях СОПЖ между регионами европейской и восточной частей России сохранился и даже увеличился.

Различия в показателях ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин

Эти различия обусловлены показателями полового диморфизма смертности — степенью превышения мужской смертности над женской. Данный феномен обусловлен взаимодействием биологических [19—22] и социально-экологических [7, 22, 23] факторов. Для всех развитых стран характерно в той или иной мере превышение мужской смертности над женской. Половой диморфизм смертности и, соответственно, продолжительности жизни, сильно варьирует в разных странах. В последнее время разница в продолжительности жизни мужчин и женщин в большинстве развитых стран составляет от 6 до 8 лет [24, 25].

В течение периода наблюдения разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин Иркутской области составлял от 11,3 до 15,3 года (табл. 2). Следовательно, показатели полового диморфизма СОПЖ в регионе существенно превышали таковые развитых стран.

Наиболее значительные различия между показателями мужчин и женщин отмечены в 1993—1994 гг. (14,1—14,6 года) и в 1999—2005 гг. (14,0—15,3 года). Анализ этих характеристик свидетельствует о том, что очень высокие показатели полового диморфизма смертности и продолжительности жизни наблюдаются в годы наибольшего социально-экономического неблагополучия, т. е. эти характеристики так же, как и показатели смертности, яв-

Таблица 2

Показатели СОПЖ мужчин и женщин в РФ и Иркутской области в 1990—2019 гг. (в годах)

Год	Российская Федерация			Иркутская область		
	мужчины	женщины	разница	мужчины	женщины	разница
1990	63,7	74,3	-10,6	60,9	72,2	-11,3
1991	63,4	74,2	-10,8	60,6	72,1	-11,5
1992	61,9	73,7	-11,8	58,4	71,2	-12,8
1993	58,8	71,8	-13,0	55,0	69,1	-14,1
1994	57,4	71,1	-13,7	53,5	68,1	-14,6
1995	58,1	71,6	-13,5	54,1	68,5	-14,4
1996	59,6	72,4	-12,8	55,9	69,7	-13,8
1997	60,9	72,8	-11,9	57,5	70,5	-13,0
1998	61,2	73,1	-11,9	57,5	70,4	-12,9
1999	59,9	72,4	-12,5	55,2	69,2	-14,0
2000	59,0	72,3	-13,3	54,6	69,0	-14,4
2001	58,9	72,2	-13,3	54,3	69,0	-14,7
2002	58,7	71,9	-13,2	54,0	68,6	-14,6
2003	58,6	71,9	-13,3	53,6	68,3	-14,7
2004	58,9	72,4	-13,5	53,8	68,9	-15,1
2005	58,9	72,5	-13,6	53,3	68,6	-15,3
2006	60,4	73,3	-12,9	56,3	70,1	-13,8
2007	61,5	74,0	-12,5	58,5	71,3	-12,8
2008	61,9	74,3	-12,4	58,4	71,5	-13,1
2009	62,9	74,8	-11,9	58,8	72,0	-13,2
2010	63,1	74,9	-11,8	58,9	72,0	-13,1
2011	64,0	75,6	-11,6	59,6	72,5	-12,9
2012	64,6	75,9	-11,3	59,9	72,9	-13,0
2013	65,1	76,3	-11,2	60,3	73,3	-13,0
2014	65,3	76,5	-11,2	60,5	73,4	-12,8
2015	65,9	76,7	-10,8	61,3	73,5	-12,2
2016	66,5	77,1	-10,6	62,2	74,2	-12,0
2017	67,5	77,6	-10,1	63,2	75,0	-11,8
2018	67,8	77,8	-10,1	63,3	75,2	-11,9
2019	68,2	78,2	-9,9	63,8	75,1	-11,3

ляются важными индикаторами качества жизни населения.

Классами причин смерти, обуславливающими наибольшие безвозвратные потери населения и в наибольшей степени сокращающими СОПЖ населения Иркутской области, являются болезни системы кровообращения, новообразования, внешние причины смертности. Эти три класса обусловили в 2019 г. 78,3% смертности мужчин и 77,2% смертности женщин (табл. 3, 4).

В 1950-е годы французский демограф Ж. Буржуа-Пиша сформулировал концепцию, согласно которой следует различать два типа смертности: традиционный, который определяется преимущественно экзогенными факторами, и современный, детерминированный преимущественно эндогенными факторами [26]. Переход от традиционного типа смертности к современному является одной из причин резкого увеличения ожидаемой продолжительности жизни, изменения структуры смертности в обратном направлении свидетельствуют о явлениях регресса (негативных изменениях общественного здоровья) и ведут к снижению ожидаемой продолжительности жизни. Ж. Буржуа-Пиша относил к числу экзогенных причин смерти болезни органов дыхания, инфекционные и паразитарные болезни, травмы и отравления, а к числу эндогенных — болезни системы кровообращения и новообразования. Современные авторы в группу экзогенных причин включают также класс болезней органов пищеварения [27]. В анализе мы используем вышеуказанный подход.

Таблица 3

Показатели смертности мужского населения Иркутской области по классам причин смерти в 1990—2019 гг. (число умерших на 100 тыс. мужского населения)

Год	Все причины	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Симптомы, признаки, не классифицированные в других рубриках	Внешние причины смертности
1990	1130,1	32,7	196,7	395,2	89,2	31,6	17,6	307,8
1991	1172,9	28,5	207,5	409,6	80,7	36,5	23,1	331,0
1992	1346,0	30,7	214,3	467,0	85,5	46,2	43,7	404,8
1993	1680,2	45,9	222,8	586,0	111,2	63,8	69,5	522,6
1994	1877,3	54,1	222,9	651,7	133,2	77,7	109,9	561,1
1995	1830,6	57,2	219,0	604,1	148,8	83,0	143,3	511,4
1996	1646,5	52,4	215,7	557,9	133,6	69,9	141,9	418,9
1997	1549,7	51,3	212,3	552,4	119,5	61,6	121,5	378,6
1998	1554,4	46,7	205,9	567,1	106,5	56,4	142,4	374,0
1999	1786,4	79,8	220,5	636,2	109,2	64,8	179,6	425,3
2000	1899,2	73,2	219,6	680,7	121,3	67,9	210,2	466,4
2001	1948,1	66,3	211,5	710,5	109,5	71,3	203,6	518,9
2002	2042,3	78,5	221,9	792,1	124,2	86,7	99,4	582,9
2003	2087,1	73,3	202,5	827,1	136,6	95,1	108,5	584,6
2004	2066,7	74,9	204,6	833,4	136,4	94,9	105,8	557,0
2005	2150,4	86,2	212,9	867,3	137,4	107,2	111,7	561,6
2006	1862,7	77,2	211,5	753,0	112,3	101,4	103,3	453,3
2007	1676,4	71,5	208,4	688,7	100,4	84,3	86,4	387,3
2008	1714,3	80,7	204,5	724,5	106,6	84,8	88,3	377,8
2009	1706,5	90,5	223,8	706,6	112,1	83,2	79,2	358,7
2010	1728,8	98,6	226,5	745,0	107,1	93,9	62,4	342,2
2011	1660,1	92,4	231,9	717,9	111,7	91,0	49,3	317,7
2012	1631,8	92,1	220,7	717,5	101,4	90,8	50,0	310,2
2013	1604,5	93,9	236,9	682,8	99,3	84,7	44,0	315,6
2014	1605,0	87,1	235,5	682,6	105,7	95,2	58,4	292,8
2015	1567,5	105,1	234,8	678,2	80,5	92,7	64,1	259,5
2016	1548,7	103,5	244,9	684,0	82,3	67,1	60,0	243,4
2017	1468,5	100,2	250,5	640,3	62,7	58,7	65,6	229,8
2018	1481,9	94,4	248,1	655,7	65,9	61,1	73,3	228,6
2019	1500,6	88,1	253,9	697,2	64,0	59,8	65,5	223,2

В 1980-е годы в структуре смертности населения Иркутской области первое ранговое место занимал класс болезней системы кровообращения, второе — класс новообразований, третье — класс внешних причин заболеваемости и смертности, четвертое — класс болезней органов дыхания. Такое ранговое соотношение основных классов причин смерти в регионе, как и в России в целом, приближалось к структуре смертности в экономически развитых странах. Но, в отличие от России и ее регионов, в развитых странах Запада класс внешних причин имеет значительно меньший удельный вес в структуре смертности и находится на 3—5 пунктов ниже третьего рангового места.

В условиях происшедшего в 1990-е годы и в первой половине 2000-х годов системного социально-экономического кризиса в Иркутской области (как и в других регионах) при возросшем уровне общей смертности особенно сильно увеличилась смертность по классу внешних причин — несчастных случаев (травм и отравлений), убийств, самоубийств (см. табл. 3, 4). Наибольшие безвозвратные потери именно по данному классу отражали крайнюю степень социального (точнее, психосоциального) неблагополучия, в котором оказалось российское общество. При этом произошло существенное отклонение от современного типа смертности: в

структуре смертности мужчин класс внешних причин переместился на второе ранговое место, отеснив на третье место класс новообразований. Так, в 1995 г. в структуре смертности мужчин класс болезней системы кровообращения занимал первое ранговое место (33%), класс внешних причин смертности — второе (27,9%), класс новообразований — третье (12%; см. табл. 3). В структуре смертности женщин класс болезней системы кровообращения также занимал первое ранговое место (34,7%), класс новообразований — второе (12,4%), класс внешних причин смертности — третье (11,2%).

Даже при возникшем после 2005 г. выраженном тренде снижения уровня смертности, в том числе по классу внешних причин, в мужском контингенте такая структура смертности сохранялась вплоть до 2015 г. включительно. Лишь с 2016 г. в мужской субпопуляции в иерархии причин смерти класс новообразований вновь занял второе ранговое место, а класс внешних причин смертности — третье.

Считаем нужным обратить внимание на очень специфический класс, обозначаемый как «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках». Обычно в структурном анализе смертности данный класс не

Таблица 4

Показатели смертности женского населения Иркутской области по классам причин смерти в 1990—2019 гг. (число умерших на 100 тыс. женского населения)

Год	Все причины	Инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Симптомы, признаки, не классифицированные в других рубриках	Внешние причины смертности
1990	870,3	9,8	151,1	483,0	55,2	28,2	18,1	80,4
1991	887,0	8,2	150,0	504,6	52,0	29,5	17,9	75,4
1992	947,5	7,7	148,4	532,4	49,4	35,5	29,8	99,5
1993	1092,8	10,5	154,2	606,5	60,2	38,5	42,0	133,3
1994	1191,7	12,9	148,7	659,7	62,2	48,5	56,7	154,9
1995	1187,8	12,3	147,5	639,1	72,9	54,7	79,8	132,8
1996	1118,1	7,7	157,2	611,4	64,3	45,8	80,7	106,1
1997	1077,0	8,3	151,7	598,0	62,5	40,9	79,4	96,3
1998	1076,8	10,1	154,1	602,1	47,8	41,2	84,7	96,4
1999	1202,9	16,4	148,9	679,5	53,4	44,8	100,4	105,7
2000	1238,4	14,5	157,3	704,0	54,4	45,5	101,4	115,7
2001	1251,2	13,0	153,5	703,9	46,1	52,5	108,4	131,0
2002	1302,5	16,6	160,5	745,5	51,9	63,4	75,5	142,6
2003	1342,4	18,5	160,9	772,4	60,3	62,9	77,1	145,1
2004	1311,0	18,0	150,0	761,7	52,1	70,1	74,3	142,4
2005	1350,0	21,9	157,3	790,7	51,2	77,1	70,1	135,0
2006	1257,9	20,7	158,3	728,8	49,1	74,3	62,0	113,2
2007	1213,3	19,4	170,0	706,7	47,0	70,0	49,7	104,8
2008	1206,7	25,6	162,1	725,8	48,2	65,3	45,7	92,5
2009	1186,8	27,5	171,3	696,9	56,5	64,9	38,2	85,4
2010	1194,7	33,4	167,9	709,7	48,4	70,3	33,4	89,2
2011	1171,7	31,5	150,7	699,7	49,0	71,1	26,6	83,7
2012	1178,2	29,6	179,5	714,3	46,0	70,2	27,1	82,0
2013	1158,6	33,7	186,6	677,4	49,8	66,8	27,4	83,9
2014	1169,1	35,6	178,5	669,8	51,6	75,1	36,9	78,4
2015	1187,4	42,2	185,6	665,8	34,0	76,1	54,9	73,4
2016	1162,7	50,4	183,0	634,7	33,7	57,6	64,3	70,5
2017	1135,6	45,2	190,2	592,5	27,0	50,8	87,9	72,2
2018	1155,7	47,3	186,9	602,4	28,6	52,3	103,6	68,5
2019	1160,3	45,8	193,1	637,4	22,3	56,6	74,2	66,1

Здоровье и общество

рассматривают, поскольку в него включают самые разные случаи смерти, причины которых либо не установлены, либо сомнительны. Однако, по мнению ряда авторов, исследовавших эту проблему, указанный класс можно считать резервуаром травматической смертности, ее латентной составляющей [28—30]. По нашим данным, в самой острой фазе социально-экономического кризиса этот класс вносил вклад в общую смертность трудоспособного населения Иркутской области, сопоставимый с вкладом классов болезней органов дыхания и пищеварения. Неслучайно самые высокие показатели смертности мужского населения по данному классу отмечались с 1994 по 2015 г., т. е. в период максимального подъема общей смертности и смертности от внешних причин (см. табл. 3). Следовательно, большой процент случаев смерти по данному классу в условиях кризиса был детерминирован экзогенными факторами.

Заключение

В период 1990—2005 гг. в Иркутской области произошло изменение ранговых мест причин смерти, обуславливавших наибольшие безвозвратные потери населения и сокращение показателя средней ожидаемой продолжительности жизни. Суть этого изменения — в аномально высоком удельном весе экзогенных причин смертности, особенно класса внешних причин смертности, в структуре безвозвратных демографических потерь.

В 2006—2019 гг. в Иркутской области наблюдались благоприятные изменения в структуре безвозвратных потерь, свидетельствующие о возврате к современному типу смертности. В этот же период возрастал показатель СОПЖ в виде значимого линейного тренда ($R^2=0,960$). Такие изменения количественно-структурных показателей смертности и СОПЖ следует расценивать как весьма позитивные. Однако динамика этих показателей в ближайшем будущем вызывает определенную тревогу, поскольку в течение демографических процессов в 2020 г. неожиданно вмешалась возникшая пандемия COVID-19. Данный фактор, скорее всего, окажет (и уже оказывает) негативное влияние как на мировую, так и на российскую экономику, а вслед за этим — на социальную сферу и общественное здоровье. Таким образом, дальнейший ход развития социально-экономической и медико-демографической ситуации в Иркутской области, в частности динамика показателя СОПЖ, будет зависеть от успешности действий власти всех уровней по борьбе с пандемией и преодолению кризисных явлений в социально-экономическом развитии.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневецкий А. Г. Россия: демографические итоги двух десятилетий. *Мир России*. 2012;(3):3—40.
2. Бойцов С. А., Самородская И. В., Ватолина М. А. Взаимосвязь ожидаемой продолжительности жизни с показателями, влияющими на качество жизни по данным рейтингового агентства «РИА Рейтинг». *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2014;(2):55—9.
3. Вишневецкий А. Г. Смертность в России: несостоявшаяся вторая эпидемиологическая революция. *Демографическое обозрение*. 2014;1(4):5—40.
4. Козлова О. А., Шеломенцев А. Г., Трушкова Е. А. Влияние экологических факторов на показатели ожидаемой продолжительности жизни населения Свердловской области. *Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения»*. doi: 10.21045/2071-5021-2018-64-6-12. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru>. 29.12.2018 (дата обращения 28.04.2020).
5. Колосницина М. Г., Коссова Т. В., Шелунцова М. А. Факторы роста ожидаемой продолжительности жизни: кластерный анализ по странам мира. *Демографическое обозрение*. 2019;6(1):124—50.
6. Кашепов А. В. Экономические факторы смертности и ожидаемой продолжительности жизни. *Социально-трудовые исследования*. 2019;(4):20—35.
7. Родионова Л. А., Копнова Е. Д. Гендерные и региональные различия в ожидаемой продолжительности жизни в России. *Вопросы статистики*. 2020;27(1):106—20. doi: 10.34023/2313-6383-2020-27-1-106-120
8. Соболева С. В., Смирнова Н. Е., Чудаева О. В. Здоровье населения Сибири: риски и их измерители. *Регион: экономика и социология*. 2010;(2):223—41.
9. Соболева С. В., Смирнова Н. Е., Чудаева О. В. Риски в формировании демографического потенциала Сибири. *Регион: экономика и социология*. 2011;(4):98—115.
10. Григорьев Ю. А., Соболева С. В. Экзогенная и эндогенная детерминация смертности в Сибирском Федеральном округе. *Регион: экономика и социология*. 2012;74(2):86—103.
11. Соболева С. В. Демографическая ситуация в Сибири на фоне общероссийских тенденций. *Регион: экономика и социология*. 2014;82(2):97—115.
12. Мотрич Е. Л. Демографическая ситуация на Дальнем Востоке России: основные тренды и вызовы. *Народонаселение*. 2016;1(1):25—33.
13. Хасанова Р. Р. Особенности смертности населения в Дальневосточном федеральном округе. *Уровень жизни населения регионов России*. 2017;176(2):58—64.
14. Leshchenko Ya. A., Lisovtsov A. A. Changes in death rate in federal districts of Russia in the period of 1990—2017. International Scientific Conference «Information Society: Health, Economics and Law». Institute of Continuing Professional Education. Irkutsk; 2019. P. 74—82.
15. Лещенко Я. А., Лисовцов А. А. Тренды смертности населения Иркутской области в процессе социально-экологических трансформаций (1989—2017 гг.). *Гигиена и санитария*. 2019;98(10):1141—7. doi: 10.18821/0016-9900-2019-98
16. Единая межведомственная информационно-статистическая система. Режим доступа: <https://fedstat.ru/> (дата обращения 18.02.2020).
17. Центр демографических исследований Российской экономической школы. Режим доступа: <http://demogr.nes.ru/> (дата обращения 17.02.2020).
18. Аганбегян А. Кризис. Беда и шанс для России. М.: АСТ, Астрель; 2009. 285 с.
19. Прошев И. В. Медико-социологический анализ рождаемости, заболеваемости и смертности с учетом половых, возрастных и гендерных различий. *Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки*. 2008;13(2—3):157—68.
20. Kalin M. F., Zumoff B. Sex hormones and coronary disease: a review of the clinical studies. *Steroids*. 1990 Aug;55(8):330—52. doi: 10.1016/0039-128x(90)90058-j
21. Rogers R. G., Everett B. G., Onge J. M., Krueger P. M. Social, behavioral, and biological factors, and sex differences in mortality. *Demography*. 2010;47(3):555—78. doi: 10.1353/dem.0.0119
22. Van Oyen H., Nusselder W., Jagger C., Kolip P., Cambois E., Robine J. M. Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the «health-survival» paradox. *Int. J. Public Health*. 2013;58(1):143—55. doi: 10.1007/s00038-012-0361-1
23. Зайцева Н. В., Онищенко Г. Г., Попова А. Ю., Клейн С. В., Кирьянов Д. А., Глухих М. В. Социально-экономические детерминанты и потенциал роста ожидаемой продолжительности жизни населения Российской Федерации с учетом региональной дифференциации. *Анализ риска здоровью*. 2019;(4):14—29.

24. Life expectancy at birth, male (years). Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN> (accessed 18.06.2020).
25. Мингазов И. Ф., Герасимова Э. В., Семенова Е. В. О динамике ожидаемой при рождении продолжительности жизни населения Новосибирской области. В кн.: Современные аспекты формирования здорового образа жизни. Материалы VIII региональной научно-практической конференции. 29 марта 2019 г. Новосибирск: НГМУ; 2019. С. 128—31.
26. Bourgeois-Pichat J. Essai sur la mortalité biologique de l'homme. *Population*. 1952;(3):381—94.
27. Григорьев Ю. А., Соболева С. В. Экзогенная и эндогенная детерминация смертности в Сибирском федеральном округе. *Регион: экономика и социология*. 2012;(2):86—103.
28. Семенова В. Г., Евдокushкина Г. Н., Гаврилов Л. А. Социально-демографические потери, обусловленные смертностью населения России в период реформ (1989—2007 гг.). *Социальные аспекты здоровья населения: сетевой научный журнал*. 2009;(1). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/103/30/lang.ru/> (дата обращения 06.09.2020).
29. Иванова А. Е., Сабгайда Т. П., Семенова В. Г., Запорожченко В. Г., Землянова Е. В., Никитина С. Ю. Факторы искажения структуры причин смерти трудоспособного населения России. *Социальные аспекты здоровья населения: электронный научный журнал* 2013;(4). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/27/lang.ru/> (дата обращения 06.09.2020).
30. Вайсман Д. Ш. Система анализа статистики смертности по данным «Медицинских свидетельств о смерти» и достоверность регистрации причин смерти. *Социальные аспекты здоровья населения: электронный научный журнал*. 2013;2(30). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/465/30/lang.ru/> (дата обращения 06.09.2020).
12. Motrich E. L. Demographic situation in the Far East of Russia: main trends and challenges. *Narodonaseleniye = Population*. 2016;1(1):25—33 (in Russian).
13. Khasanova R. R. Features of mortality in the Far Eastern Federal District. *Uroven' zhizni naseleniya regionov Rossii*. 2017;176(2):58—64 (in Russian).
14. Leshchenko Ya. A., Lisovtsov A. A. Changes in death rate in federal districts of Russia in the period of 1990—2017. International Scientific Conference «Information Society: Health, Economics and Law». Irkutsk: Institute of Continuing Professional Education; 2019. P. 74—82.
15. Leshchenko Ya. A., Lisovtsov A. A. Mortality trends in the population of the Irkutsk region in the process of socio-environmental transformations (1989—2017). *Gigiena i sanitariya*. 2019;98(10):1141—7. doi: 10.18821/0016-9900-2019-98 (in Russian).
16. Unified interdepartmental information and statistical system [*Edinaya mezhdvostvennaya informatsionno-statisticheskaya sistema*]. Available at: <https://fedstat.ru/> (accessed 18.02.2020) (in Russian).
17. The Centre for Demographic Research at the New Economic School [*Tsentr demograficheskikh issledovaniy Rossiyskoy ekonomicheskoy shkoly*]. Available at: <http://demogr.nes.ru/> (accessed 17.02.2020) (in Russian).
18. Aganbegyan A. A crisis. Trouble and chance for Russia [*Krizis. Beda i shans dlya Rossii*]. Moscow: AST: Astrel'; 2009. 285 p. (in Russian).
19. Groshev I. V. Medical and sociological analysis of fertility, morbidity and mortality, taking into account sex, age and gender differences. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: Estestvennye i tekhnicheskije nauki*. 2008;13(2—3):157—68 (in Russian).
20. Kalin M. F., Zumoff B. Sex hormones and coronary disease: a review of the clinical studies. *Steroids*. 1990 Aug;55(8):330—52. doi: 10.1016/0039-128x(90)90058-j
21. Rogers R. G., Everett B. G., Onge J. M., Krueger P. M. Social, behavioral, and biological factors, and sex differences in mortality. *Demography*. 2010;47(3):555—78. doi: 10.1353/dem.0.0119
22. Van Oyen H., Nusselder W., Jagger C., Kolip P., Cambois E., Robine J. M. Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the «health-survival» paradox. *Int. J. Public Health*. 2013;58(1):143—55. doi: 10.1007/s00038-012-0361-1
23. Zaytseva N. V., Onishchenko G. G., Popova A. Yu., Kleyn S. V., Kir'yanov D. A., Glukhikh M. V. Socio-economic determinants and growth potential of life expectancy of the population of the Russian Federation, taking into account regional differentiation. *Analiz riska zdorov'yu*. 2019;(4):14—29 (in Russian).
24. Life expectancy at birth, male (years). Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.MA.IN> (accessed 18.06.2020).
25. Mingazov I. F., Gerasimova E. V., Semenova E. V. On the dynamics of life expectancy at birth of the population of the Novosibirsk region. In: Modern aspects of the formation of a healthy lifestyle. Materials of the VIII Regional Scientific and Practical Conference. 29 Mar 2019 [*Sovremennye aspekty formirovaniya zdorovogo obraza zhizni. Materialy VIII regional'noy nauchno-prakticheskoy konferentsii*. 29 marta 2019 g.]. Novosibirsk: Novosibirsk State Medical University; 2019. P. 128—31 (in Russian).
26. Bourgeois-Pichat J. Essai sur la mortalité biologique de l'homme. *Population*. 1952;(3):381—94.
27. Grigor'ev Yu. A., Soboлева S. V. Exogenous and endogenous determination of mortality in the Siberian Federal District. *Region: ekonomika i sotsiologiya = Region: Economics and Sociology*. 2012;(2):86—103 (in Russian).
28. Semenova V. G., Evdokushkina G. N., Gavrillov L. A. Social and demographic losses due to mortality of the population of Russia during the period of reforms (1989—2007). *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya: elektronnyy nauchnyy zhurnal*. 2009;(1). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/103/30/lang.ru/> (accessed 06.09.2012) (in Russian).
29. Ivanova A. E., Sabgayda T. P., Semenova V. G., Zapozhzhchenko V. G., Zemlyanova E. V., Nikitina S. Yu. Factors of distortion of the structure of causes of death of the working-age population of Russia. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya: elektronnyy nauchnyy zhurnal*. 2013;(4). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/27/lang.ru/> (accessed 06.09.2020) (in Russian).
30. Vaysman D. Sh. The system for analyzing mortality statistics according to the «Medical certificates of death» and the reliability of registration of causes of death. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya: elektronnyy nauchnyy zhurnal*. 2013;2(30). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/465/30/lang.ru/> (accessed 06.09.2020) (in Russian).

Поступила 22.06.2021

Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

Королев М. А.

МНЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ О ПУТЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, 127473, г. Москва

В статье отражены основные проблемы и мнение социальных работников о возможностях улучшения медико-социальной помощи населению и предоставления социально-медицинских услуг. Данная группа специалистов вынуждена осуществлять значительное количество работ, которые не регламентированы их должностными обязанностями. Отсутствие необходимых компетенций не позволяет социальным работникам обеспечивать медико-социальную помощь потребителям социально-медицинских услуг в достаточной мере. Обеспечение взаимодействия между медицинскими и социальными работниками в значительной степени ложится на плечи последних. Им приходится брать на себя ряд функций медиков (осмотр, временная остановка кровотечения, измерение артериального давления). Представляется целесообразной передача социальным работникам некоторой части функций младшего и среднего медицинского персонала. Полученные в работе данные могут стать методологической базой для повышения доступности медико-социальной помощи и предоставляемых социально-медицинских услуг различным слоям населения.

К л ю ч е в ы е с л о в а: медико-социальная помощь; социальные работники; социальная защита, социально-медицинские услуги.

Для цитирования: Королев М. А. Мнение социальных работников о путях совершенствования медико-социальной помощи населению. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):259—263. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-259-263>

Для корреспонденции: Королев Максим Александрович, старший преподаватель кафедры социальной медицины и социальной работы ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, e-mail: m.korolev10@mail.ru

Korolev M. A.

THE OPINIONS OF SOCIAL WORKERS CONCERNING MEANS OF DEVELOPMENT OF MEDICAL SOCIAL CARE OF POPULATION

The State Budget Educational Institution of Higher Professional Education “The A. E. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry” of Minzdrav of Russia, 127473, Moscow, Russia

The article reflects main problems and opinions of social workers about possibilities of improving medical social care of population and providing social medical services. This group of specialists is forced to implement significant amount of work that is not regulated by their official duties. The lack of necessary competencies does not allow social workers to provide medical social assistance to consumers of medical social services to sufficient extent. To ensure interaction between medical and social workers largely falls on shoulders of the latter ones. They have to undertake a number of medical functions (examination, temporary stop of bleeding, blood pressure measurement, etc.). It conceives appropriate to transfer some of functions of junior and paramedical staff to social workers. The study results can be applied as methodological basis of increasing accessibility of medical social care and provided social and medical services to various groups of population.

К е y w o r d s: medical social care; social workers; social protection; social medical services.

For citation: Korolev M. A. The opinions of social workers concerning means of development of medical social care of population. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):259—263 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-259-263>

For correspondence: Korolev M. A., the Senior Lecturer of the Chair of Social Medicine and Social Work of the State Budget Educational Institution of Higher Professional Education “The A. E. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry” of Minzdrav of Russia. e-mail: m.korolev10@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 18.06.2021
Accepted 26.10.2021

Введение

Количество лиц, нуждающихся в медико-социальной поддержке, постоянно увеличивается. Это дети-сироты, лица, не имеющие собственного жилья, малообеспеченные, инвалиды, люди пожилого и старческого возраста. Все большее значение приобретают формы организации этого направления работы, а также пути ее совершенствования у различных категорий пациентов [1].

Доля людей старше трудоспособного возраста увеличивается во всем мире, а вместе с этим повы-

шается и количество инвалидов, пациентов с хроническими заболеваниями, людей, нуждающихся в постоянном медицинском сопровождении [2]. В связи с этим на уровне Президента и Правительства РФ была разработана стратегия, основной целью которой является улучшение условий жизни и медицинского обеспечения людей пожилого и старческого возраста [3]. В рамках этой стратегии намечено существенное развитие гериатрической службы, включающее трехуровневую структуру:

1. Обеспечение медицинского обслуживания пожилых людей в амбулаторных учреждениях, вклю-

чающее консультирование и обследование врача-гериатра.

2. Организация центров гериатрической помощи в регионах.

3. Функционирование Российского геронтологического центра (г. Москва) [4].

В отдельных регионах местные власти предпринимают меры для обеспечения медико-социальной поддержки пожилых лиц, оказавшихся в сложных жизненных обстоятельствах, как, например, в Областном центре медико-социальной помощи Кемеровской области, где могут обслуживаться пожилые люди, в том числе без постоянного места проживания и работы [5].

Поддержка государства в отношении медико-социальной помощи детям также осуществляется в рамках трех уровней:

1. Специализированные кабинеты в детских поликлиниках и больницах.

2. Муниципальные центры, в штате которых находятся не только медицинские работники, но и работники, обеспечивающие социальную помощь (юристы, педагоги-психологи).

3. Региональные центры, осуществляющие координацию и организацию данной работы по региону [6].

Особую актуальность эти вопросы приобретают в период пандемии COVID-19. Так, в странах Западной Европы ограничения на посещение гериатрических отделений, домов престарелых и других учреждений медико-социальной помощи стали основной причиной социальной изоляции и одиночества для наиболее уязвимых групп населения. Боязнь заболеть, столкнуться с ограничениями свободы передвижения, страх перед экономической нестабильностью и неопределенностью явилась дополнительным фактором психологического стресса, что побудило руководство ряда стран создать в экстренном порядке дополнительные структуры социальной помощи пожилым людям [7]. В России эта проблема имеет колоссальное значение. Эпидемия вируса SARS-CoV-2 затронула всю систему социального обслуживания населения, начиная с домов престарелых и заканчивая лицами, которые получают уход по месту жительства. Введение жесткого карантина существенно затруднило работу социальных служб, при этом недостаточно снизив риски заражения и смерти [8].

В целом, меры, предпринимаемые на государственном уровне в области медико-социальной помощи, достаточно обширны и имеют многоуровневую структуру [9]. Однако они не всегда дают тот эффект, на который рассчитаны. Часто работникам первичного звена приходится решать вопросы, которые не учтены нормативно-правовыми актами, регулирующими оказание медико-социальной помощи. Существует целый ряд проблем, затрудняющих выполнение социальными работниками их обязанностей, например особенности работы в сложной эпидемической обстановке в условиях пандемии COVID-19, режим самоизоляции пожи-

лых людей, степень востребованности ряда медико-социальных услуг, соответствие должностных инструкций реально выполняемой работе.

В связи с этим цель данной работы — изучение мнения социальных работников о путях улучшения медико-социальной помощи населению.

Материалы и методы

Изучение организации и оказания медико-социальной помощи населению проводили путем анкетирования специалистов социальной работы ряда учреждений социальной защиты и социального обслуживания населения г. Москвы. В исследовании приняли участие 150 социальных работников; женщины составили 72,7%, мужчины — 27,3%. Возраст респондентов — 18—65 лет.

Разработанная анкета содержала 12 вопросов, сгруппированных в четыре блока. В рамках данной статьи интерес представляют второй и третий блоки:

- Второй блок — вопросы, позволяющие получить информацию о предоставлении или непредоставлении социально-медицинских услуг, а также периодичности их оказания в учреждениях, в которых работают респонденты.
- Третий блок — вопросы, направленные на изучение мнения респондентов о знаниях, умениях, навыках, правах и компетенциях, необходимых социальному работнику при обеспечении медико-социальной помощи, и о том, насколько их квалификация соответствует выполняемой ими работе. Полученные данные обрабатывали с помощью общепринятых статистических методов.

Результаты исследования

Полученные в ходе анкетирования ответы респондентов свидетельствуют о том, что услуга «Отслеживание изменений состояния по внешнему виду и самочувствию, а также объяснение результатов измерений и симптомов, указывающих на возможные заболевания», по мнению 20,7% социальных работников, не востребована. Еще 16% респондентов утверждают, что данная услуга не предусмотрена их должностными инструкциями. Социальными работниками не предоставляются следующие виды помощи: выполнение сердечно-легочной реанимации, пресечение действия ядовитых токсичных веществ (вызывание рвотного рефлекса, ополаскивание проточной водой), первая помощь при обморожениях. Основные причины — не предусмотрено должностными инструкциями, не хватает опыта или образования.

Наиболее часто социальные работники сталкиваются с необходимостью определения, устранения или прекращения действия опасных для здоровья пациента факторов: 7,3% респондентов утверждают, что оказывают данный вид медико-санитарной помощи ежедневно, 22,7% — 1—2 раза в неделю. Также достаточно часто (1—2 раза в неделю) 20,7% со-

Здоровье и общество

циальных работников приходится накладывать различные виды повязок, вплоть до полной иммобилизации. Причем 1,3% респондентов утверждают, что занимаются этим ежедневно.

Такие виды медико-санитарной помощи, как определение, устранение или прекращение действия опасных для здоровья пациента факторов, оценка сознания у потерпевшего, меры по устранению непроходимости дыхательных путей и оценке признаков жизни потерпевшего, по утверждению опрошенных социальных работников, не предусмотрены их должностными обязанностями. А действия, включающие осмотр и временную остановку кровотечения, а также проведение местного холодового воздействия при ожогах и иных термических повреждениях, по мнению опрошенных, не востребованы в учреждениях социальной защиты и социального обслуживания населения. Около 5—20% респондентов отметили, что для оказания этих видов помощи у них не хватает опыта или образования.

Наиболее часто (ежедневно или 1—2 раза в неделю) социальные работники выполняют термометрию, измеряют давление, осуществляют введение лекарств подкожно и внутримышечно, обрабатывают пролежни. Редкие процедуры — перевязки, наложение компрессов, а также выполнение очистительной клизмы. При этом если внутримышечные или подкожные инъекции социальным работникам периодически приходится выполнять, то внутривенные инъекции — нет. Достаточно большой процент респондентов уверены, что эти медицинские процедуры в учреждениях социальной защиты и социального обслуживания населения не востребованы и у социальных работников нет достаточного опыта или образования для их выполнения.

Всего 7,3% респондентов 1—2 раза в месяц сталкиваются с необходимостью выяснения состояния здоровья и формирования комплекса упражнений по лечебной физической культуре (ЛФК) и массажу. При этом, по мнению 45,3% респондентов, организация ЛФК не предусмотрена их должностными обязанностями, а 36% уверены, что не предусмотрен и массаж. Еще 35,3% отмечали, что для проведения массажа у них нет необходимого опыта или образования.

Медикаменты и оборудование, необходимые для обеспечения работы сиделки, получают 25,3% респондентов. При этом 32,7% из них уверены, что эта услуга не предусмотрена их должностными инструкциями.

Достаточно часто социальным работникам приходится заниматься уточнением состояния здоровья для проведения процедуры «Скандинавская ходьба» с учетом медицинских противопоказаний, а также оказывать помощь в составлении плана лечения по заболеваниям, выявленным в ходе диспансеризации. Наименее часто социальные работники сталкиваются с необходимостью оценки здоровья для назначения галотерапии. При этом осуществление курсов «Соляная пещера», «Горный воздух», «Скандинавская ходьба», сеанса на компрессионной

лимфодренажной системе, лазеротерапии и магнитотерапии, как полагают многие опрошенные социальные работники, зачастую затруднено в связи с отсутствием необходимого оборудования или медикаментов. А направление больных на обследование и лечение в соответствующие медицинские учреждения, по мнению большинства социальных работников, не предусмотрено их должностными инструкциями.

Ежедневно 42% респондентов оказывают содействие врачам в вопросах терапии, обеспечения медицинскими препаратами, записи на врачебный прием и прохождение диспансеризации, 32% занимаются этим 1—2 раза в неделю. Кроме того, 1—2 раза в месяц 18% социальных работников оказывают медицинским работникам содействие в проведении реабилитационных мероприятий, еще 51,3% — в определении необходимой организации социально-реабилитационного обслуживания.

Что касается оказания социально-медицинских услуг и стоматологической помощи, то только 4% социальных работников проводят скрининг нуждающихся в зубопротезировании и обучение обращению и обработке съемных зубных протезов. Также 4% проводят профилактические осмотры и обучение правилам чистки зубов.

По мнению большинства респондентов, они могли бы выполнять медико-социальную, диагностическую и профилактическую работу. В частности, социальный работник при оказании медико-социальной помощи в области диагностической работы должен знать основные виды заболеваний, их клинические проявления, осложнения с учетом возраста, а также разбираться в результатах диагностики и лабораторных исследований. Наименее значимо знание нормальной и патологической анатомии и физиологии.

Также, по мнению респондентов, социальный работник при оказании медико-социальной помощи в области профилактической работы должен знать показания и противопоказания к приему лекарств и других препаратов, особенности использования медикаментов у беременных, лиц детского, подросткового, пожилого и старческого возраста, обладать опытом оценки риска развития различных патологий, а также уметь обеспечивать патронажный уход. Наименее важно знание методики санитарно-гигиенического просвещения. Кроме того, социальный работник должен уметь проводить ЛФК в зависимости от конкретной патологии, знать основные приемы массажа; понимать принципы влияния физических упражнений и массажных мероприятий на организм, обладать опытом проведения экспертизы временной нетрудоспособности и реабилитации больных с учетом возраста и пола.

Обсуждение

Социальные работники входят в число специалистов, наиболее тесно контактирующих с лицами, нуждающимися в медико-социальной помощи. У подавляющего числа получателей социальных

услуг, помимо медицинских, имеется целый ряд социальных проблем. При этом недостатки во взаимодействии между медицинскими организациями и сотрудниками органов социальной защиты проявляются в первую очередь в ухудшении качества жизни лиц, находящихся в сложных жизненных обстоятельствах, отмечается некоторый дефицит специалистов, оказывающих социальную помощь населению [10, 11].

Г. П. Сквирская и соавт. [12] подчеркивают, что специалистам отделений медико-социальной помощи необходимо брать на себя решение следующих вопросов.

- Установление совместно с участковым терапевтом лиц, которым требуется медико-социальное сопровождение и уход, создание информационной базы данных лиц с целью дальнейшего планирования работы с этим контингентом.
- Организацию профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий на дому.
- Взаимодействие с общественными организациями и учреждениями в интересах больного с целью решения юридических, медико-социальных и других вопросов.
- Обеспечение патронажа потребителей медико-социальных услуг.
- Помощь в закупке лекарственных препаратов и других медикаментозных средств.
- Содействие отделениям паллиативного ухода.
- Помощь в консультировании и госпитализации, в том числе в учреждения социальной защиты.
- Информирование, обучение, консультирование заинтересованных лиц.
- Ведение отчетной документации.

Около $\frac{1}{3}$ лиц, признанных инвалидами в пожилом возрасте, требуют в большей мере не медицинской реабилитации, а долговременного социального патронажа [13]. В то же время в организации труда социальных работников, обеспечивающих медико-социальную помощь, имеется значительное количество нерешенных вопросов, главные из которых — сложность предоставления медико-социальной помощи некоторым социальным группам, слабое взаимодействие медицинских и социальных органов, обеспечивающих медико-социальную поддержку, несогласованность учета потребителей медико-социальных услуг в различных учреждениях. Особой проблемой является дифференцирование трудовых обязанностей и должностных норм социальных работников. При этом в некоторых случаях более половины работников не имеют специальной подготовки по социальной работе [14].

На сегодняшний день медицинский персонал специализированных учреждений прибегает к помощи социальных работников в обстоятельствах, когда потребителю медико-социальных услуг требуются психологическая поддержка, разъяснение действующих государственных социальных программ, решение проблем с различными документами, юри-

дическая помощь, поиск родственников [15]. Важное значение имеет пересмотр трудовых обязанностей и должностных инструкций социальных работников в учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь, с целью расширения их полномочий: оказания неотложной медицинской помощи, выполнения реабилитационных мероприятий и паллиативного ухода, заполнения медицинских документов.

Результаты настоящей работы дают основание заключить, что социальные работники, с одной стороны, вынуждены осуществлять значительное количество работ, которые не регламентированы их должностными обязанностями. С другой стороны, отсутствие необходимых компетенций не позволяет обеспечивать медико-социальную помощь потребителям медико-социальных услуг в достаточной мере. Причем обеспечение взаимодействия между медицинскими и социальными работниками в значительной степени ложится на плечи последних. Специалистам по социальному обслуживанию приходится брать на себя ряд функций медиков (осмотр, временная остановка кровотечения, измерение артериального давления). Эти данные демонстрируют необходимость определенного расширения компетенций социальных работников, а также разработки четкого механизма разделения функций и объема работы медицинских и социальных специалистов.

Заключение

Исследование выявило наличие ряда проблем в сфере медико-социальной помощи населению, в частности у специалистов по социальной работе. Значительный процент этой группы работников считают, что выполняют обязанности, которые не предусмотрены должностными инструкциями. В то же время в силу специфики работы социальным работникам приходится брать на себя эти функции. Более $\frac{1}{3}$ респондентов так или иначе оказывают содействие медицинскому персоналу в выполнении его обязанностей.

Социальные работники выполняют достаточно широкий перечень обязанностей, не предусмотренных их должностными инструкциями. В связи с этим представляется целесообразной передача социальным работникам части функций младшего и среднего медицинского персонала. Полученные в работе данные могут стать методологической базой для повышения качества медико-социальной помощи, повышения доступности предоставляемых услуг различным слоям населения.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрова Н. Г., Эпельман Б. В. Актуальность проблемы совершенствования оказания медико-социальной помощи на современном этапе. *Ученые записки СПбГМУ им. И. П. Павлова*. 2010;17(3):5–8.
2. Пузин С. Н., Мячина О. В., Есауленко И. Э., Зуйкова А. А., Башков А. Н., Шургая М. А. Влияние антропогенной на-

REFERENCES

- грузки на медико-социальные аспекты первичной заболеваемости и инвалидности населения. *Успехи геронтологии*. 2018;31(4):569—73.
3. Распоряжение Правительства РФ № 164-р от 05.02.2016 «О стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года». Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/37/2> (дата обращения 25.01.2021).
 4. Меметов С. С., Шаркунов Н. П., Ким В. В. Некоторые аспекты совершенствования медико-социальной помощи и реабилитации граждан пожилого и старческого возраста на региональном уровне. *Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация*. 2019;1(3):54—7.
 5. Хвоин Н. Н. Организация медико-социальной помощи пожилым бездомным. *Клиническая геронтология*. 2017;23(9—10):73—4.
 6. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Устинова Н. В. Состояние и задачи совершенствования медико-социальной помощи детскому населению. *Вопросы современной педиатрии*. 2020;19(3):184—9.
 7. Sacco G., Léonart S., Simon R., Noublanche F., Annweiler C. TOVID Study Group. Communication Technology Preferences of Hospitalized and Institutionalized Frail Older Adults During COVID-19 Confinement: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;18(9):21845.
 8. COVID-19 и смертность в домах престарелых в мире и в России. Институт социальной политики НИУ ВШЭ. Режим доступа: https://www.hse.ru/data/2020/07/15/1597297543/ISP%20HSE_COVID-19%20and%20Retirement%20Houses_Discussion%20Paper%20_May%2015%202020_RUS.pdf (дата обращения 25.01.2021).
 9. Башкирева А. С., Шестак В. П., Свинцов А. А., Чернова Г. И., Чернякин Т. С., Качан Е. Ю. К вопросу о совершенствовании законодательства в области социального обслуживания лиц пожилого возраста в России. *Клиническая геронтология*. 2015;21(5—6):26—30.
 10. Мартыненко А. В. Подготовка профессиональных социальных работников медико-социального профиля. *Российский медицинский журнал*. 2013;(6):9—12.
 11. Салганова Е. И. Оценка качества предоставления услуг: результаты социологического исследования. *Вестник Челябинского государственного университета*. 2019;(3):177—82.
 12. Сквирская Г. П., Сон И. М., Сененко А. Ш., Шляфер С. И., Газева А. В., Леонов С. А. Отделение медико-социальной помощи взрослому населению и отделение по уходу: концепция и принципы организации. *Менеджер здравоохранения*. 2018;(1):27—4.
 13. Хорькова О. В., Карасаева Л. А. Нерешенные проблемы в системе оказания медико-социальной помощи инвалидам пожилого возраста. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2017;20(4):172—5.
 14. Оспанова Д. А., Рамазанова М. А., Алтынбекова У. А. Экспертная оценка медико-организационной помощи лицам старших возрастных групп на уровне ПМСП. *Вестник Казахского Национального медицинского университета*. 2014;(2—4):41—4.
 15. Беляева М. А. Осмысление содержания понятия «Медико-социальная работа». *Педагогическое образование в России*. 2008;(1):25—33.
 1. Petrova N. G., Epel'man B. V. The urgency of the problem of improving the provision of medical and social assistance at the present stage. *Uchenye zapiski SPbGMU im. I. P. Pavlova*. 2010;17(3):5—8 (in Russian).
 2. Puzin S. N., Myachina O. V., Esaulenko I. E., Zuykova A. A., Bashkov A. N., Shurgaya M. A., et al. Influence of anthropotechnogenic load on medical and social aspects of primary morbidity and disability of the population. *Uspekhi gerontologii*. 2018;31(4):569—73 (in Russian).
 3. Order of the Government of the Russian Federation № 164-r from 05.02.2016 «O strategii deystviy v interesakh grazhdan starshego pokoleniya v Rossiyskoy Federatsii do 2025 goda». Available at: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/37/2> (accessed 25.01.2021) (in Russian).
 4. Memetov S. S., Sharkunov N. P., Kim V. V. Some aspects of improving medical and social rehabilitation of elderly people at the regional level. *Fizicheskaya i reabilitatsionnaya meditsina, meditsinskaya reabilitatsiya*. 2019;1(3):54—7 (in Russian).
 5. Khvoyn N. N. Organization of medico-social assistance to the elderly homeless. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2017;23(9—10):73—4 (in Russian).
 6. Baranov A. A., Al'bitskiy V. Yu., Ustinova N. V. State and Aims of Enhancement of Health and Social Care for Child Population. *Voprosy sovremennoy pediatrii*. 2020;19(3):184—9 (in Russian).
 7. Sacco G., Léonart S., Simon R., Noublanche F., Annweiler C. TOVID Study Group. Communication Technology Preferences of Hospitalized and Institutionalized Frail Older Adults During COVID-19 Confinement: Cross-Sectional Survey Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;18(9):21845.
 8. COVID-19 and mortality in nursing homes in the world and in Russia. Institut sotsial'noy politiki NIU VShE. Available at: https://www.hse.ru/data/2020/07/15/1597297543/ISP%20HSE_COVID-19%20and%20Retirement%20Houses_Discussion%20Paper%20_May%2015%202020_RUS.pdf (accessed 25.01.2021) (in Russian).
 9. Bashkireva A. S., Shestak V. P., Svintsov A. A., Chernova G. I., Chernyakin T. S., Kachan E. Yu. On improvement of the legislation in the field of social services elderly persons in Russia. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2015;21(5—6):26—30 (in Russian).
 10. Martynenko A. V. Training of professional social workers of medical and social profile. *Rossiyskiy medicinskiy zhurnal*. 2013;(6):9—12 (in Russian).
 11. Salganova E. I. The Quality Assessment of the Provision of Services: Results of Empirical Research. *Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2019;(3):177—82 (in Russian).
 12. Skvirskaya G. P., Son I. M., Senenko A. Sh., Shlyafer S. I., Gazeva A. V., Leonov S. A., et al. The Department of Medical and Social Assistance to the Adult Population and the Department of Nursing: the concept and principles of organization. *Menedzher zdравookhraneniya*. 2018;(1):27—4 (in Russian).
 13. Khor'kova O. V., Karasaeva L. A. Unresolved issues in the provision of medical-social assistance to disabled elderly persons. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2017;20(4):172—5 (in Russian).
 14. Ospanova D. A., Ramazanova M. A., Altyzbekova U. A. Expert medical evaluation of organizational assistance older age groups in primary health and social care. *Vestnik Kazakhskogo Natsional'nogo meditsinskogo universiteta*. 2014;(2—4):41—4 (in Russian).
 15. Beljaeva M. A. Comprehension of the content of the concept of «Medical and social work». *Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii*. 2008;(1):25—33 (in Russian).

Реформы здравоохранения

© ШЛЯФЕР С. И., 2021
УДК 614.2

Шляфер С. И.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РАБОТА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

Одним из важных направлений повышения эффективности оказания хирургической медицинской помощи в амбулаторных условиях является развитие стационарзамещающих форм.

Цель исследования — изучение объемов хирургической работы, выполненных в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневных стационаров в Российской Федерации, за 2010—2019 гг.

Для оценки изменения динамики числа и структуры проведенных хирургических операций, числа оперированных пациентов в подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневных стационаров, проанализированы сведения из формы федерального статистического наблюдения № 30 за 2010—2019 гг. Использованы статистический, аналитический методы.

В Российской Федерации за 10 лет в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, отмечено снижение числа проведенных операций с 5 639 983 до 4 962 020 (на 12%), числа оперированных пациентов — с 5 277 077 до 4 580 195 (на 13,2%). Структура оперативных вмешательств практически не изменилась (операции на коже и подкожной клетчатке, полости рта и челюстно-лицевой области, женских половых органах, костно-мышечной системе, органе зрения). За изучаемый период в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, число проведенных операций увеличилось со 181 659 до 720 633 (в 4 раза), число оперированных — со 168 188 до 650 196 (в 3,9 раза). В основном в дневных стационарах проводятся операции на органе зрения, женских половых органах, коже и подкожной клетчатке.

В стране за 2010—2019 гг. доля проведенных операций в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, уменьшилась с 96,9 до 87,3%, в дневных стационарах увеличилась с 3,1 до 12,7%.

Полученные результаты свидетельствуют о расширении объемов хирургической работы в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях.

К л ю ч е в ы е с л о в а : медицинская организация, оказывающая помощь в амбулаторных условиях; дневной стационар; хирургическая операция; оперированный пациент.

Для цитирования: Шляфер С. И. Хирургическая работа медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):264—269. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-264-269>

Для корреспонденции: Шляфер София Исааковна, д-р мед. наук, главный научный сотрудник Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, e-mail: sofya@mail.ru

Shlyaffer S. I.

THE SURGICAL ACTIVITY OF MEDICAL ORGANIZATIONS PROVIDING OUT-PATIENT MEDICAL CARE IN THE RUSSIAN FEDERATION

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

One of important directions in improving effectiveness of out-patient surgical medical care is development of in-patient replacement forms.

The purpose of the study is to investigate volume of surgical work performed in medical organizations providing outpatient care in the Russian Federation in 2010—2019.

To evaluate changes in dynamics of number and structure of implemented surgical operations, number of operated patients in subdivisions of medical organizations providing outpatient medical care and in conditions of day-stay hospitals, data from the Federal statistical observation form № 30 for 2010—2019 was analyzed. The statistical and analytical methods were applied.

It was established that in the Russian Federation, during 10 years, in subdivisions of medical organizations providing outpatient medical care, the number of implemented operations decreased from 5,639,983 to 4,962,020 (by 12.0%), and the number of operated patients — from 5,277,077 to 4,580,195 (by 13.2%). The structure of surgical interventions performed in medical organizations providing outpatient care has practically not changed (operations on the skin and subcutaneous tissue, oral cavity and maxillo-facial region, female genital organs, musculoskeletal system, organ of vision).

The structure of surgical interventions practically had no changes (operations on skin and subcutaneous tissue, oral cavity and maxillo-facial region, female genital organs, musculoskeletal system, organ of vision). During the studied period, the number of operations performed in day-stay hospitals of medical organizations providing outpatient medical care increased from 181,659 to 720,633 (4.0 times), the number of operated patients — from 168,188 to 650,196 (3.9 times). Mainly in day-stay hospitals, operations are performed on organ of vision, female genital organs, skin and subcutaneous tissue.

In 2010—2019, the percentage of operations performed in subdivisions of medical organizations providing outpatient medical care, decreased from 96.9% to 87.3%, and in day-stay hospitals increased from 3.1% to 12.7%.

Реформы здравоохранения

The study results testify expansion of volumes of surgical work in day-stay hospitals of medical organizations providing outpatient medical care.

Keywords: medical organization; out-patient; medical care; day-stay hospital; surgery; operated patient.

For citation: Shlyafar S. I. The surgical activity of medical organizations providing out-patient medical care in the Russian Federation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):264–269 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-264-269>

For correspondence: Shlyafar 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 15.07.2021

Accepted 26.10.2021

Введение

В настоящее время большое значение придается развитию и совершенствованию оказания хирургической помощи в амбулаторных условиях [1, 2]. Оказание хирургической помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи должно способствовать ее приближению к населению [3, 4].

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-хирургом (врачом — детским хирургом) в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара^{1, 2, 3}.

В результате оказания хирургической помощи в амбулаторных условиях сокращаются сроки проведения плановых операций, разгружаются дорогостоящие хирургические стационары от больных, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении и лечении, высвобождается значительное число коек в хирургических стационарах для сложных оперативных вмешательств, уменьшается возможность осложнений, развивающихся вследствие госпитальной инфекции, значительно снижаются материальные и финансовые затраты на лечение больных [3—8].

Цель исследования — изучение объемов хирургической работы, выполненной в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневных стационаров в Российской Федерации в 2010—2019 гг.

Материалы и методы

Для изучения основных показателей хирургической работы в подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневных стационаров (числа и структуры проведенных хирургических операций, числа оперированных пациентов), проанализированы сведения из формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» за 2010—2019 гг. Ис-

пользованы статистический, аналитический методы исследования.

Обработка данных включала расчеты экстенсивных показателей, показателей наглядности.

Результаты исследования

В стране в 2019 г. в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, проведено 5 682 653 операции, в том числе 4 962 020 (87,3%) в подразделениях амбулаторных медицинских организаций и 720 633 (12,7%) в дневных стационарах.

За 2010—2019 гг. число операций, выполненных в медицинских организациях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневных стационаров, уменьшилось на 2,4% (с 5 821 642 до 5 682 653), число оперированных пациентов — на 3,95% (с 5 445 265 до 5 230 391), число операций на одного оперированного не изменилось (1,04—1,09).

За год в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, проведено 4 962 020 операций и прооперировано 4 580 195 пациентов, на одного оперированного пациента приходилось 1,08 операции (табл. 1).

Половина операций (50,8%) была выполнена на коже и подкожной клетчатке, почти каждая четвертая (19,8%) — в полости рта и челюстно-лицевой области, почти каждая десятая (9,3%) — на женских половых органах, 6,8% — на костно-мышечной системе. На эти четыре оперативных вмешательства приходится 86,7% всех проведенных операций в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях (табл. 2).

За 10 лет отмечено снижение числа проведенных операций на 12% (с 5 639 983 до 4 962 020), числа оперированных пациентов — на 13,2% (с 5 277 077 до 4 580 195; см. табл. 1).

Определено увеличение числа проведенных за изучаемый период операций на органах брюшной полости на 66,9% (с 11 868 до 19 811), органе зрения — на 17% (с 344 431 до 402 821), в полости рта и челюстно-лицевой области — на 9,5% (с 897 544 до 982 462), на молочной железе — на 1,2% (с 35 829 до 36 256).

Структура оперативных вмешательств за 10 лет изучения практически не изменилась (операции на коже и подкожной клетчатке: 2010 г. — 48,7%, 2019 г. — 50,8%; в полости рта и челюстно-лицевой

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 922н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю „хирургия“».

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2012 № 562н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „детская хирургия“».

³ Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Таблица 1

Динамика показателей хирургической работы в подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в Российской Федерации в 2010—2019 гг. (по данным формы федерального статистического наблюдения № 30)

Наименование показателя	Год									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Число операций, абс.	5 821 642	5 908 878	5 756 060	5 756 853	5 708 956	5 660 636	5 589 973	5 576 455	5 563 726	5 682 653
в % к 2010 г.	100,0	101,5	98,9	98,9	98,1	97,2	96,0	95,8	95,6	97,6
Из них:										
в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях	5 639 983	5 704 053	5 562 832	5 551 849	5 291 280	5 150 938	5 103 774	5 011 868	4 912 194	4 962 020
в % к 2010 г.	100,0	101,1	98,6	98,4	93,8	91,3	90,5	88,9	87,1	88,0
в условиях дневного стационара	181 659	204 825	193 228	205 004	329 080	427 263	486 199	564 587	651 532	720 633
в % к 2010 г.	100,0	112,75	106,4	112,85	181,15	235,2	267,6	310,8	358,7	396,7
Всего проведенных операций	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Из них:										
в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях	96,9	96,5	96,6	96,4	94,1	92,3	91,3	89,9	88,3	87,3
в условиях дневного стационара	3,1	3,5	3,4	3,6	5,9	7,7	8,7	10,1	11,7	12,7
Всего оперированных пациентов, абс.	5 445 265	5 513 530	5 315 847	5 290 100	5 267 068	5 244 487	5 148 886	5 149 207	5 169 304	5 230 391
в % к 2010 г.	100,0	101,25	97,6	97,15	96,7	96,3	94,6	94,6	94,9	96,05
Из них:										
в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях	5 277 077	5 326 512	5 134 865	5 103 903	4 975 053	4 863 837	4 723 147	4 640 866	4 576 256	4 580 195
в % к 2010 г.	100,0	100,9	97,3	96,7	94,3	92,2	89,5	87,9	86,7	86,8
в условиях дневного стационара	168 188	187 018	180 982	186 197	292 015	380 650	425 739	508 341	593 048	650 196
в % к 2010 г.	100,0	111,2	107,6	110,7	173,6	226,3	253,1	302,25	352,6	386,6
Всего оперированных пациентов	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Из них:										
в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях	96,9	96,6	96,6	96,5	94,5	92,7	91,7	90,1	88,5	87,6
в условиях дневного стационара	3,1	3,4	3,4	3,5	5,5	7,3	8,3	9,9	11,5	12,4
Всего операций на одного оперированного	1,04	1,07	1,08	1,09	1,08	1,08	1,09	1,08	1,08	1,09
Из них:										
в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях	1,07	1,07	1,08	1,09	1,06	1,06	1,09	1,08	1,08	1,08
в условиях дневного стационара	1,08	1,09	1,07	1,1	1,13	1,12	1,14	1,11	1,1	1,11

области: 2010 г. — 15,9%; 2019 г. — 19,8%, на женских половых органах: 2010 г. — 14,9%, 2019 г. — 9,3%; на костно-мышечной системе: 2010 г. — 6,4%, 2019 г. — 6,8%; на органе зрения: 2010 г. — 6,1%, 2019 г. — 8,1% (см. табл. 2).

Одним из основных направлений совершенствования здравоохранения определено внедрение малозатратных технологий и развитие стационарзамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению⁴.

В настоящее время работа дневных стационаров регламентирована приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.12.1999 № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях», от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям», дневного стационара хирургического профиля — приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 922н «Об утверждении Порядка оказа-

ния медицинской помощи взрослому населению по профилю «хирургия», от 31.10.2012 № 562н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия»».

Хирургический дневной стационар является структурным подразделением медицинской организации и организуется для осуществления медицинской помощи по профилю «хирургия» при заболеваниях и состояниях, не требующих круглосуточно-го медицинского наблюдения.

Основными функциями хирургического дневного стационара являются:

- оказание медицинской помощи больным по профилю «хирургия» в случаях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи;
- наблюдение больных, которым была оказана медицинская помощь по профилю «хирургия» в стационарных условиях;
- внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации больных по профилю «хирургия»;
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в уста-

⁴ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.12.1999 № 438 «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях».

Реформы здравоохранения

Таблица 2

Структура оперативных вмешательств, выполненных в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях в Российской Федерации, за 2010—2019 гг. (в % к итогу)

Название операции	Год									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Число проведенных операций (всего)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
В том числе:										
на органе зрения	6,1	6,4	6,4	7,1	7,3	7,0	7,3	8,1	7,8	8,1
на органах уха, горла, носа	5,4	5,2	4,6	4,3	4,0	4,1	3,9	3,8	3,7	3,2
в полости рта и челюстно-лицевой области	15,9	16,2	17,0	18,3	19,0	18,7	18,8	19,0	19,1	19,8
на сосудах	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
на органах брюшной полости	0,2	0,3	0,3	0,2	0,5	0,3	0,3	0,2	0,4	0,4
на мужских половых органах*					0,2	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4
на женских половых органах	14,9	14,1	13,5	13,2	13,4	12,5	11,8	11,2	10,5	9,3
на костно-мышечной системе	6,4	6,7	6,3	6,5	7,1	6,6	6,8	6,7	7,0	6,8
на молочной железе	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,8	0,8	0,7
на коже и подкожной клетчатке	48,7	48,7	49,2	48,0	47,4	49,2	49,7	49,4	50,0	50,8
прочие	1,6	1,6	1,9	1,5	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,4

Примечание. Здесь в табл. 3: * — данные заполняются в форме федерального статистического наблюдения № 30 с 2014 г.

новленном порядке, ведение которых предусмотрено законодательством;

- проведение санитарно-гигиенического обучения больных и их родственников;
- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности.

При наличии медицинских показаний для оказания медицинской помощи, требующей круглосуточного медицинского наблюдения, а также при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в условиях дневного стационара больной направляется из хирургического дневного стационара для оказания медицинской помощи по профилю «хирургия» в стационарных условиях (согласно приказам № 922 и № 562).

В дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, в 2019 г. было прооперировано 650 196 пациентов, которым проведено 720 633 операции, на одного оперированного приходилось 1,11 операции (см. табл. 1).

Как видно из табл. 3, почти каждая третья операция была выполнена на органе зрения (28,5%) и на женских половых органах (27,8%), почти каждая четвертая — на коже и подкожной клетчатке

(24,0%). На эти три операции приходилось 80,3% всех оперативных вмешательств, проведенных в дневных стационарах.

За 2010—2019 гг. установлен рост числа операций, проведенных в дневных стационарах, почти в 4 раза (со 181 659 до 720 633).

За период изучения определено наибольшее увеличение числа проведенных операций на органе зрения (в 23,3 раза — с 8791 до 205 185). Из них по поводу катаракты — в 80 раз (с 978 до 78 227), глаукомы — в 26,2 раза (с 300 до 7859), на полости рта и челюстно-лицевой области — почти в 6 раз (с 1194 до 7123), на венах — в 4,3 раза (с 3098 до 13 333), на сосудах — в 4,1 раза (с 3590 до 14 783; из них на артериях — в 2,7 раза; с 488 до 1309), на органах брюшной полости — в 4 раза (с 5820 до 23 391; из них грыжесечения при неущемленной грыже — в 2,5 раза; с 4032 до 10 032), на органе уха, горла, носа — в 2,5 раза (с 1141 до 27 800; из них на ухе — почти в 3,2 раза: с 1469 до 4695).

За 10 лет выросло число оперированных в дневных стационарах в 3,9 раза (со 168 188 до 650 196), число операций на одного оперированного пациента практически не изменилось (1,08 и 1,11; см. табл. 1).

Таблица 3

Структура оперативных вмешательств в условиях дневного стационара медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях в Российской Федерации за 2010—2019 гг. (в % к итогу)

Название операции	Год									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Всего проведенных операций	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
В том числе:										
на органе зрения	4,8	8,8	8,5	11,1	13,0	18,7	19,0	21,3	25,1	28,5
на органе уха, горла, носа	6,1	5,4	4,8	4,0	4,6	3,8	4,0	4,2	4,7	3,9
в полости рта и челюстно-лицевой области	0,7	0,8	0,8	0,9	1,7	1,6	1,6	1,6	1,8	1,0
на сосудах	2,0	1,9	2,4	2,5	1,4	1,4	1,0	1,4	1,6	2,0
на органах брюшной полости	3,2	3,0	2,8	2,7	3,0	2,4	2,7	3,0	3,3	3,2
на мужских половых органах*					2,0	1,5	1,8	2,3	2,8	2,9
на женских половых органах	50,6	45,2	43,7	40,8	36,2	34,6	34,1	32,1	30,0	27,8
на костно-мышечной системе	3,1	5,5	4,1	3,6	4,2	4,3	4,3	4,5	3,5	4,2
на молочной железе	1,6	1,5	1,9	2,0	2,2	2,0	1,9	1,7	1,4	1,5
на коже и подкожной клетчатке	25,0	25,2	28,3	28,0	30,8	29,4	29,3	27,6	25,4	24,0
прочие	2,9	2,7	2,7	4,4	0,9	0,3	0,3	0,3	0,4	1,0

Значительный рост числа оперированных пациентов и проведенных им операций в дневных стационарах связан с вступлением в силу приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 922н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю „хирургия“», от 31.10.2012 № 562н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю „детская хирургия“», которые регламентировали правила организации деятельности, рекомендуемые штатные нормативы, стандарты оснащения хирургического дневного стационара.

Обсуждение

В научных исследованиях, посвященных изучению опыта работы и перспектив развития хирургической помощи на амбулаторном этапе в России и за рубежом, отмечено, что одним из основных путей повышения хирургической активности и увеличения объемов медицинской помощи пациентам хирургического профиля являются расширение деятельности дневных стационаров, создание современных центров амбулаторной хирургии с хорошими операционно-перевязочными блоками и палатами кратковременного пребывания [5, 8, 9].

Особенности применения стационарзамещающих технологий в хирургии как наиболее затратной отрасли медицины заключаются в организации медицинской помощи без длительной госпитализации пациентов. При этом пациенты в послеоперационном периоде находятся дома, регулярно посещая медицинскую организацию, оказывающую помощь в амбулаторных условиях, с целью наблюдения и проведения перевязок и процедур. Задачей дневных стационаров хирургического профиля является снижение нагрузки на больничные организации [6, 10–12].

В стране за 10 лет определен рост числа проведенных операций в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, почти в 4 раза, а числа оперированных пациентов — в 3,9 раза

Выводы

В Российской Федерации за 2010—2019 гг. отмечено:

1. Уменьшение числа операций, выполненных в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневных стационаров, на 2,4%, оперированных пациентов — на 3,95%, не изменилось число операций на одного оперированного (1,04 и 1,09). Доля проведенных операций в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, уменьшилась с 96,9 до 87,3%, в дневных стационарах — увеличилась с 3,1 до 12,7%.

2. Снижение числа проведенных операций в подразделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, на 12%, числа оперированных пациентов — на 13,2%. В струк-

туре оперативных вмешательств преобладали операции на коже и подкожной клетчатке, полости рта и челюстно-лицевой области, женских половых органах.

3. Увеличение числа проведенных операций в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, в 4 раза, числа оперированных — в 3,9 раза. В основном в дневных стационарах проводятся операции на органе зрения, женских половых органах, коже и подкожной клетчатке. Рост показателей хирургической работы в дневных стационарах медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, связан с реализацией приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации, регламентирующих их деятельность.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Белевитин А. Б., Воробьев В. В., Безуглый А. В., Давыдов Д. В., Овчинников Д. В. Возможности амбулаторной хирургии. *Хирургия. Журнал имени Н. И. Пирогова*. 2010;(3):49–53.
- Воробьев В. В., Давыдов Д. В. Организация оказания хирургической помощи в условиях дневного хирургического стационара. *Военно-медицинский журнал*. 2016;(8):11–5.
- Щепин В. О., Миргородская О. В. Организация и оказание амбулаторной хирургической медицинской помощи населению Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2012;(3):31–5.
- Евстропов А. В., Кузнецова Л. Ю. Организация оказания хирургической помощи в дневных стационарах негосударственных учреждений здравоохранения железнодорожного транспорта в 2002–2011 гг. *Казанский медицинский журнал*. 2014;95(3):415–21.
- Горбунков В. Я., Муравьев К. А., Карданов В. З., Назаренко О. В. Экономические аспекты оказания хирургической помощи на поликлиническом этапе в центре амбулаторной хирургии (ЦАХ) при консультативно-диагностической поликлинике г. Ставрополя. *Менеджер здравоохранения*. 2011;(8):17–20.
- Лебедев Н. Н., Решетников С. В., Шихметов А. Н., Решетников В. Н. Стационарзамещающие технологии в многопрофильном клиничко-диагностическом центре. *Стационарзамещающие технологии. Амбулаторная хирургия*. 2017;65–66(1–2):9–14.
- Вишняков Н. И., Малахов Н. Н., Сафонов С. М., Величко К. Е. Хирургическая работа амбулаторно-поликлинических учреждений Санкт-Петербурга. *Врач-аспирант*. 2014;64(3):253–8.
- Каташева Д. Н., Ермуханова Л. С. Развитие амбулаторной хирургии. *Вестник КазНМУ*. 2016;(1):714–6.
- Адамян А. А., Магомадов Р. Х., Кутин А. А., Наумов С. С. Особенности хирургического лечения в центре амбулаторной хирургии. *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии*. 2007;(1):80–3.
- Детярев Ю. Г., Аксельер М. А., Бацевич Л. Стационарзамещающие технологии в детской хирургии. Различные подходы. Плюсы и минусы. *Медицинская наука и образование Урала*. 2018;(2):66–70.
- Совцов С. А., Федоров А. В., Таривердиев М. А. Пути оптимизации хирургической помощи населению Российской Федерации. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2018;1(71):93–4. doi: 10.17238/PmJ1609-1175.2018.1.93–94. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=32698215> (дата обращения 28.12.2020).
- Лебедев Н. Н., Шихметов А. Н., Лубовик В. А. Стационарзамещающие технологии в хирургии. *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова*. 2016;(7):49–52. doi: 10.17116/hirurgia2016749-52. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26504451> (дата обращения 21.01.2021).

Реформы здравоохранения

REFERENCES

1. Belevitin A. B., Vorob'ev V. V., Bezuglyi A. V., Davydov D. V., Ovchinnikov D. V. Possibilities of outpatient surgery. *Khirurgija. Zhurnal imeni N. I. Pirogova*. 2010;(3):49—53 (in Russian).
2. Vorob'ev V. V., Davydov D. V. Organisation of surgical aid delivery under condition of the day surgery. *Voenno-meditsinskij zhurnal*. 2016;(8):11—5 (in Russian).
3. Schepin V. O., Mirgorodskaya O. V. The organization and rendering of ambulatory surgical medical care to the population of the Russian Federation. *Problemy social'noj gigieny, zdravooohranenija i istorii mediciny*. 2012;(3):31—5 (in Russian).
4. Evstropov A. V., Kuznetsova L. U. Management of providing surgical medical care in non-state day patient healthcare facilities of the railways in 2002—2011. *Kazanskij medicinskij zhurnal*. 2014;95(3):415—21 (in Russian).
5. Gorbunkov V. Ya., Muravyov K. A., Kardanov V. Z., Nazarenko O. V. Economic aspects of surgical assistance at polyclinic stage at the center of out-patient surgery on the basis of consultation diagnostic polyclinic of Stavropol. *Menedzher zdravooohranenija*. 2011;(8):17—20 (in Russian)/
6. Lebedev N. N., Reshetnikov S. V., Shikhmetov A. N., Reshetnikov V. N. Inpatient-care-replacing technology in multidisciplinary clinical diagnostic centers. *Stacionarozameshchajushhie tehnologii. Ambulatornaja hirurgija*. 2017;65—66(1—2):9—14 (in Russian).
7. Vishnyakov N. I., Malakhov N. N., Safonov S. M., Velichko K. E. Surgical work of outpatient clinics St. Petersburg. *Vrach-aspirant*. 2014;64(3):253—8 (in Russian).
8. Katasheva D. N., Ermukhanova L. S. Development of ambulatory surgery. *Vestnik KazNMU*. 2016;(1):714—6 (in Russian).
9. Adamyan A. A., Magomadov R. Kh., Kutin A. A., Naumov S. S. Special surgical modalities in the outpatient surgery centre. *Annaly plasticheskoy, rekonstruktivnoj i jesteticheskoy hirurgii*. 2007;(1):80—3 (in Russian).
10. Degtyarev U. G., Akselrov M. A., Bacewicz L. Stationary substitution technologies in pediatric surgery. Different approaches. Advantages and disadvantages. *Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala*. 2018;(2):66—70 (in Russian).
11. Sovtsov S. A., Fedorov A. V., Tariverdiev M. L. Ways to optimize the organization of surgical care for the population of the Russian Federation. *Tihookeanskij medicinskij zhurnal*. 2018;1(71):93—4. doi: 10.17238/PmJ1609-1175.2018.1.93—94. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=32698215> (accessed 28.12.2020) (in Russian).
12. Lebedev N. N., Shikhmetov A. N., Dubovik V. A. The technologies of inpatient care substitution in surgery. *Khirurgija. Zhurnal im. N. I. Pirogova*. 2016;(7):49—52. doi: 10.17116/hirurgia2016749-52 Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26504451> (accessed 21.01.2021) (in Russian).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2022

УДК: 614.2

Калининская А. А.¹, Лазарев А. В.¹, Алленов А. М.^{1,3}, Меркина М. Д.², Кизеев М. В.¹**РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ**¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России, 117198, г. Москва;³ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва

Первичная медико-санитарная помощь отражает направленность на охрану здоровья населения, а врач общей практики является ключевой фигурой в ее организации и ответственным за здоровье прикрепленного населения. В нашей стране остается чрезмерной специализация врачебной помощи в амбулаторном звене здравоохранения, при этом велико число необоснованных посещений врачей-специалистов. Врач общей практики при соответствующей подготовке осуществляет прием пациентов по 11 специальностям и в условиях работы в городской поликлинике может взять на себя 81% посещений от врачей-специалистов.

Цель исследования — на основе оценки деятельности первичной медико-санитарной помощи в г. Москве разработать предложения по реформированию здравоохранения с учетом развития общих врачебных практик в условиях мегаполиса.

Задачами стали изучение заболеваемости населения г. Москвы, обеспеченности врачами амбулаторного звена здравоохранения до и после внедрения трехуровневой системы амбулаторно-поликлинической помощи, оценка профилактической работы врача общей практики, разработка предложений по совершенствованию организационных форм работы с акцентом на здоровьесбережение.

Использованы методы статистический, непосредственного наблюдения, социологический. В процессе исследования проанализированы формы федерального статистического наблюдения ф. № 30 в г. Москве и в РФ за период 2010—2019 гг. Проведены социологические опросы населения об удовлетворенности медицинской помощи. Базой исследования был г. Москва.

Анализ показал, что результаты реформирования экономически эффективны в связи с сокращением врачебных кадров в первую очередь управленческого звена и рациональным их использованием. Результаты реформирования позитивно оценены пациентами, удовлетворенность медицинской помощью которых составила 95,6%.

Врач общей практики должен нести ответственность за состояние здоровья прикрепленного населения и призван не только осуществлять лечебно-профилактическую работу, но и координировать организацию медицинской помощи прикрепленному населению на всех этапах ее оказания.

Внедрение общей врачебной практики в условиях города должно предполагать полный переход медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, на общую врачебную практику, что приведет в определенной мере к сокращению штатных должностей врачей-специалистов. Необходимо расширение должностных обязанностей медицинской сестры врача общей практики. Оптимальной моделью работы является работа врача общей практики с фельдшером и медицинской сестрой врача общей практики. Комплексная бригада общей врачебной практики может включать медрегистратора.

Предложенные перспективные модели позволяют реализовать интегрирующую роль врача общей практики, повысить доступность и эффективность первичной медико-санитарной помощи.

К л ю ч е в ы е с л о в а : первичная медико-санитарная помощь; общая врачебная практика; медицинские организации; оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях; охрана здоровья населения; врач общей практики; врач-специалист.

К л ю ч е в ы е с л о в а : первичная медико-санитарная помощь; общая врачебная практика; медицинские организации; оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях; охрана здоровья населения; врач общей практики; врач-специалист.

К л ю ч е в ы е с л о в а : первичная медико-санитарная помощь; общая врачебная практика; медицинские организации; оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях; охрана здоровья населения; врач общей практики; врач-специалист.

Для цитирования: Калининская А. А., Лазарев А. В., Алленов А. М., Меркина М. Д., Кизеев М. В., Результаты и перспективы реформирования первичной медико-санитарной помощи в Москве. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):270—274. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-270-274>

Для корреспонденции: Калининская Алефтина Александровна, д-р мед. наук, главный научный сотрудник отдела исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: akalininskaya@yandex.ru

Kalininskaya A. A.¹, Lazarev A. V.¹, Allenov A. M.^{1,3}, Merkina M. D.², Kizeev M. V.¹**THE RESULTS AND PERSPECTIVES OF PRIMARY HEALTH CARE REFORMING IN MOSCOW**¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;²The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Peoples’ Friendship University of Russia” (RUDN University) of Minobrnauki of Russia, 117198, Moscow, Russia;³The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” (Sechenov University) of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia

The primary health care is characterized by its directivity to population health, while general practitioner is key figure in its organization and is responsible for assigned population health. The Russian Federation continues to suffer from overspecialization of medical care in outpatient health care. At that, the number of unreasonable visits to medical specialists is too high.

The general practitioner, with appropriate training, can appoint patients by 11 specialties and in conditions of municipal polyclinic can undertake up to 81% of visits to medical specialists.

The purpose of the study is to evaluate primary health care functioning in Moscow and to formulate proposals for reforming health care, considering development of general medical practices in a metropolis.

The study was focused on analysis of morbidity of population of Moscow, on support of out-patient health care with physicians before and after implementation of three-level system of ambulatory polyclinic care, on evaluation of preventive activities of general practitioners and on development of proposals for improving organizational forms of activities with emphasis on health preservation.

Реформы здравоохранения

In the study were applied such methods as statistical, direct observation, sociological. The analysis was applied to forms of federal statistical observation i.e. form № 30 in Moscow and the Russian Federation for 2010—2019. The population sociological surveys concerning satisfaction with medical care were carried out. The research base was Moscow.

The analysis demonstrated that results of Moscow health care system reformation is economically effective because of shortage of medical personnel primarily of administrative staff and its rational employment. The reformation results were positively assessed by patients, whose satisfaction with medical care made up to 95.6%.

The general practitioner is to be responsible for health status of attached population and is called upon not only to carry out treatment and preventive activities, but also to coordinate organization of medical care of attached population at all stages of its provision.

The implementation of general medical practice in conditions of municipality is to calculate complete transition of medical organizations providing out-patient medical care to general medical practice, that will result to certain extent, in reduction of staff positions of medical specialists. It is necessary to expand duties of medical nurse in general practice. The optimal model of joint work of general practitioner with feldsher and medical nurse of general practice. The complex general practice team can include medical registrar.

The proposed perspective models permit to implement integrating role of general practitioner and to increase accessibility and efficiency of primary health care.

Key words: primary health care; general medical practice; medical organizations; out-patient medical care; public health; general practitioner; medical specialists.

For citation: Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Allenov A. M., Merekina M. D., Kizeev M. V. The results and perspectives of primary health care reforming in Moscow. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):270—274 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-270-274>

For correspondence: Kalininskaya A. A., 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: akalininskaya@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received
Accepted

Введение

Охрана здоровья населения направлена на развитие профилактики, повышение доступности и качества лечебно-профилактической помощи и более рациональное использование ресурсов здравоохранения. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) отражает направленность на охрану здоровья населения [1—5]. Ключевой фигурой в организации ПМСП является врач общей практики (ВОП), ответственный за здоровье прикрепленного населения. Доля лечебной работы у ВОП должна составлять не более 30—40% [6, 7].

Организация общих врачебных практик (ОВП) повышает эффективность работы врачей-специалистов, определяет интегрированное решение диагностики, лечения и реабилитации пациентов. ВОП решает медико-социальные проблемы пациентов, берет на себя ответственность по проблеме пациента, впервые обратившегося к нему, и при необходимости направляет его к врачам-специалистам [8, 9]. При этом ВОП не может заменить врачей-специалистов в полной мере, в том числе врачей-терапевтов и педиатров как консультантов [10]. В нашей стране остается чрезмерной специализация врачебной помощи в амбулаторном звене здравоохранения, велико число необоснованных посещений врачей-специалистов, которые могут быть выполнены ВОП.

В проведенном нами ранее исследовании [11] установлено, что ВОП при соответствующей подготовке осуществляет прием пациентов по 11 специальностям, и экспертным путем определено, что ВОП возможно передать в условиях работы в городской поликлинике 81% посещений от врачей-

специалистов, при этом в общей численности врачебных кадров доля ВОП будет составлять 71%. По данным зарубежных авторов, ВОП в состоянии взять на себя от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{4}$ посещений врачей-специалистов [12].

Реформирование ПМСП в России по принципу внедрения ОВП позволяет сделать вывод о необходимости разработки механизмов реализации реформы ПМСП на основе системного анализа деятельности ОВП в условиях города.

Цель исследования — на основе оценки результатов деятельности ПМСП в Москве разработать предложения по реформированию здравоохранения с учетом развития ОВП в условиях мегаполиса.

Задачи — изучить обеспеченность врачами амбулаторного звена здравоохранения до и после внедрения трехуровневой системы амбулаторно-поликлинической помощи в Москве, дать оценку профилактической работы ВОП, разработать предложения по совершенствованию организационных форм работы ПМСП с акцентом на внедрение ОВП и здоровьесбережение населения.

Материалы и методы

Использованы методы статистический, непосредственного наблюдения, социологический. Проанализированы формы федерального статистического наблюдения ф. № 30 в Москве и в РФ за период 2010—2019 гг. Проведены социологические опросы населения об удовлетворенности медицинской помощью.

Базой исследования был город Москва, крупнейший по численности населения (12 615 тыс.) город России и ее субъект, который по этому показателю входит в первую десятку городов мира.

Врачебные кадры в г. Москве в 2010 и 2019 гг., в Российской Федерации в 2019 г. (по данным формы федерального статистического наблюдения ф. № 30)

Наименование должности	Москва				Российская Федерация	
	2010 г.		2019 г.		2019 г.	
	абс.	на 10 тыс. населения	абс.	на 10 тыс. населения	абс.	на 10 тыс. населения
Врачебные должности занятые (всего)	65 996,25	57,18	60 259,75	47,53	724 987,5	49,4
В МОАУ						
В том числе:	37 986,25	32,91	30 527,75	24,08	372 050,0	25,35
терапевты участковые	4724	4,1	1158,5	0,92	38 230	2,61
ВОП	16,25	0,01	3135,5	2,47	12 541,5	0,85
врачи-специалисты	29 823,5	25,8	23 803	18,77	283 485,75	19,32
руководители медицинских организаций и их заместители (всего)	2156	1,87	941,5	0,74	21 473,5	1,46

Результаты исследования

Приказ Минздрава Российской Федерации от 29.12.2012 № 1706 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов РФ планов мероприятий („дорожных карт“)¹ регламентировал трехуровневую систему оказания медицинской помощи.

С целью реализации приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 20.01.2012 № 38 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города Москвы»² в Москве внедрена трехуровневая система амбулаторно-поликлинической помощи населению мегаполиса.

Разработан и утвержден перечень медицинских организаций первого и второго уровней, а также положения об организации их деятельности, утвержден порядок взаимодействия городских медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях (МОАУ), и амбулаторных центров в условиях трехуровневой системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

В новой организационной схеме сохранен основополагающий территориально-участковый принцип медицинского обслуживания.

Внедрено подушевое финансирование в деятельность московских поликлиник, осуществлена информатизация столичного здравоохранения. В системе оказания ПМСП населению в МОАУ г. Москвы были организованы отделения неотложной медицинской помощи (НМП), дневные стационары (ДС) и стационары на дому (СД), получили активное развитие ОВП на первом уровне оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Проведенный нами анализ кадровой обеспеченности ПМСП до и после реструктуризации в г. Москве показал рост числа ВОП за период 2010—2019 гг. в 193 раза (см. таблицу).

¹Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 № 1706 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий („дорожных карт“).

²Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 20.01.2012 № 38 «О мерах по дальнейшему совершенствованию организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города Москвы».

Обеспеченность ВОП в Москве за 10 лет наблюдения возросла с 0,01 до 2,47 на 10 тыс. населения, при этом численность врачей-терапевтов участковых уменьшилась в 4,1 раза, а обеспеченность в 2019 г. составляла 0,92 на 10 тыс. населения (в 2010 г. — 4,1). Поскольку ВОП осуществляет прием пациентов по смежным специальностям, то в Москве за этот период снизилась обеспеченность врачами-специалистами с 25,8 до 18,77 на 10 тыс. населения.

Позитивным результатом реформирования можно считать сокращение управленческих кадров с 1,87 до 0,74 на 10 тыс. населения. В РФ в 2019 г. этот показатель составил 1,46⁰/₀₀₀₀.

Проведенное реформирование позволило сократить обеспеченность врачебными кадрами в МОАУ за период анализа с 32,9 до 24,1 на 10 тыс. населения. Всего обеспеченность врачами в Москве также снизилась с 57,18 до 47,53⁰/₀₀₀₀. В РФ показатель обеспеченности врачами в 2019 г. была выше (49,4⁰/₀₀₀₀), при этом численность ВОП в РФ ниже, чем в Москве (0,85 и 2,47⁰/₀₀₀₀ соответственно), а штатная численность руководителей медицинских организаций и их заместителей выше (1,46 и 0,74⁰/₀₀₀₀) соответственно.

Проведенное реформирование является позитивным в силу того, что активное внедрение ВОП позволило снизить необоснованную посещаемость к врачам-специалистам, появился врач, ответственный за здоровье пациента, за профилактику и здоровый образ жизни (ЗОЖ). Организация портала предварительной записи к врачам в поликлинику позволила снизить затраты времени пациентов на ожидание приема врача.

Результаты социологических опросов населения в двух административных округах г. Москвы (опрошено 452 пациента) показали, что после реорганизации (2018) были удовлетворены оказанием амбулаторно-поликлинической помощи 95,6% респондентов, удовлетворены не полностью 2,7% и не удовлетворены 1,7% [13].

В целом трехуровневая система оказания медицинской помощи в г. Москве является экономически эффективной в связи с сокращением врачебных кадров, в первую очередь управленческого звена, и

Реформы здравоохранения

рациональным их использованием, при этом активное развитие получила ОВП.

В ранее проведенном нами исследовании [11] научно обоснованы перспективные организационные модели ОВП в условиях города. Модели различаются формами работы ОВП:

Модель 1 — организуется предварительный самостоятельный прием пациентов медицинской бригадой врача общей практики (МСВОП).

Модель 2 — осуществляется прием пациентов МСВОП совместно с ВОП.

Модель 3 — доврачебный предварительный прием пациентов фельдшером и МСВОП.

Модель 4 — комплексная бригада ВОП может включать медицинского регистратора.

Эти формы работы следует реализовывать в мегаполисе в условиях широкого перехода на ОВП.

Оплата труда ВОП должна стимулировать его координирующую деятельность и осуществляться по контракту. Система оплаты труда ВОП должна также ориентировать на повышение качества и объема оказания специализированной медицинской помощи по смежным специальностям.

Профилактическая работа с населением должна носить активный характер и находиться под контролем ВОП, ответственных за здоровье пациентов. Деятельность центров, отделений и кабинетов медицинской профилактики и центров здоровья (ЦЗ) должна строиться в условиях четкой преемственности с работой ВОП, с другими структурными подразделениями, ответственными за профилактическую работу.

Система медицинской профилактики Москвы включает ГБУЗ Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения (ЦМП ДЗ) г. Москвы, 58 отделений и 224 кабинета медицинской профилактики, 62 ЦЗ.

Обсуждение

ВОП должны нести ответственность за здоровье прикрепленного населения и не только осуществлять лечебную и профилактическую работу, но и координировать ее организацию на всех этапах оказания медицинской помощи населению, при этом ВОП не должен в полной мере заменить врачей-специалистов, в том числе терапевтов и педиатров. ВОП следует решать медико-социальные проблемы пациента.

ВОП необходимо определять наиболее эффективные маршруты движения прикрепленных пациентов, участвовать в планировании медицинской помощи на разных этапах ее оказания, обеспечивать преемственность лечения и реабилитации пациентов.

ВОП должен нести ответственность за здоровье пациента, координировать профилактическую работу при участии среднего медицинского персонала, а также осуществлять преемственность со структурными подразделениями медицинских организаций и других структур, участвующих в профилактической работе.

Внедрение ОВП в условиях города должно предполагать полный переход МОАУ на ОВП, что приведет в определенной мере к сокращению штатных должностей врачей-специалистов. Необходимо расширение должностных обязанностей МСВОП, рекомендуемое соотношение ВОП и МСВОП — 1 : 2. Оптимальной моделью работы ОВП является работа ВОП с фельдшером и МСВОП. Комплексная бригада ОВП может включать медрегистратора.

Заключение

Реорганизация ПМСП по принципу ОВП должна осуществляться как составная часть реформирования всей системы здравоохранения. Переход на трехуровневую систему оказания амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению в Москве определил востребованность ОВП. Результаты реформирования экономически эффективны в связи с сокращением врачебных кадров и рациональным их использованием. Результаты реформирования позитивно оценены пациентами, удовлетворенность медицинской помощью составила 95,6%.

ОВП решает вопросы интегрального видения проблем пациентов с самых первых контактов с системой здравоохранения. Внедрение ОВП улучшает доступность медицинской помощи населению, способствует раннему выявлению заболеваемости, формированию ЗОЖ и здоровьесбережению населения.

Главными задачами ОВП являются объединение усилий различных ведомств для создания системы охраны здоровья населения на уровне небольшой и компактно проживающей группы населения, а также осуществление мероприятий по первичной профилактике заболеваний.

Государственная политика в области здоровьесбережения населения должна решаться с позиций межведомственного сотрудничества по охране здоровья населения, с участием профилактических структур и учреждений общества.

Реализуемые в России государственные меры и управленческие решения на уровне субъектов РФ должны обеспечивать приоритетность ПМСП и внедрение ОВП, создавая при этом у врачей первичного звена, в том числе у ВОП, достаточные стимулы для повышения ответственности за охрану здоровья прикрепленного населения.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Бальзамова Л. А. Эффективность использования ресурсов здравоохранения в амбулаторно-поликлинических учреждениях. М.; 2004. 26 с.
2. Комаров Ю. М. Опыт здравоохранения отдельных стран: что может быть полезно для России? Режим доступа: <https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=278>
3. Хабриев Р. У., Линденбратен А. Л., Комаров Ю. М. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014;(3):3—5. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21859312>

4. Шепин В. О., Расторгуева Т. И., Проклова Т. Н., Карпова О. Б. Исторический контекст изучения проблемы управления человеческими ресурсами в здравоохранении. *История науки и техники*. 2014;(11):63—72. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22737956>
 5. Шляфер С. И. Оказание стационарной медицинской помощи лицам трудоспособного возраста в Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(2):238—44. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45640563>
 6. Комаров Ю. М. Первичная медико-санитарная помощь: какой она должна быть? *Здравоохранение*. 2008;(5):19—28. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=10438877>
 7. Денисов И. Н. Развитие общей врачебной практики в России: состояние, проблемы и перспективы. *Здравоохранение*. 2010;(9):155—64. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22908093>
 8. Groenewegen P. P., Dourgnon P., Greb S., et al. Strengthening weak primary care systems: Steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. *Health Policy*. 2013 Nov;113(1—2):170—9. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.05.024
 9. Vertakova J., Vlasova O. Problems and trends of Russian health care development: 21st International Economics Conference, IECS 2014, 16—17 May 2014, Sibiu, Romania. *Proc. Econom. Fin.* 2014;(16):34—9.
 10. Калининская А. А., Дзугаев А. К., Чижикова Т. В. Кадровая политика в здравоохранении Российской Федерации. *Здравоохранение*. 2009;(5):11—4. Режим доступа: <https://elibrary.ru/contents.asp?id=33835184>
 11. Калининская А. А., Гаджиева Л. А., Мерекина М. Д., Балзамова Л. А., Кашина О. А., Максимова Л. Г. Расчет объемов труда и потребность во врачах общей практики в условиях города. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2020;(7—8):47—53. doi: 10.26347/1607-2502202007-08047-053
 12. Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2019;65(3):12. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=38572642>
 13. Серов Д. В. Научное обоснование совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению г. Москвы. М.; 2019. 26 с.
- Поступила 10.07.2021
Принята в печать 26.10.2021
- ### REFERENCES
1. Balzamova L. A. Efficiency of the use of health care resources in outpatient clinics [*Effektivnost' ispol'zovaniya resursov zdavookhraneniya v ambulatorno-poliklinicheskikh uchrezhdeniyakh*]. Moscow; 2004. 26 p. (in Russian).
 2. Komarov Yu. M. Health care experience of individual countries: what can be useful for Russia? [*Opyt zdavookhraneniya ot del'nykh stran: chto mozhet byt' polezno dlya Rossii?*]. Available at: <https://nacedpalata.ru/?action=show&tid=278> (in Russian).
 3. Khabriev R. U., Lindenbraten A. L., Komarov Yu. M. Strategy of population health protection as the basis of the state social policy. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. 2014;(3):3—5. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21859312> (in Russian).
 4. Shchepin V. O., Rastorgueva T. I., Proklova T. N., Karpova O. B. Historical context of studying the problem of human resource management in healthcare. *Istoriya nauki i tekhniki = History of Science and Technology*. 2014;(11):63—72. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22737956> (in Russian).
 5. Shlyafaer S. I. Provision of inpatient medical care to people of working age in the Russian Federation. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. 2021;29(2):238—44. Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45640563> (in Russian).
 6. Komarov Yu. M. Primary health care: what should it be? *Zdavookhraneniye = Healthcare*. 2008;(5):19—28. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=10438877> (in Russian).
 7. Denisov I. N. Development of general medical practice in Russia: state, problems, and prospects. *Zdavookhraneniye = Healthcare*. 2010;(9):155—64. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=22908093> (in Russian).
 8. Groenewegen P. P., Dourgnon P., Greb S., et al. Strengthening weak primary care systems: Steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. *Health Policy*. 2013 Nov;113(1—2):170—9. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.05.024
 9. Vertakova J., Vlasova O. Problems and trends of Russian health care development: 21st International Economics Conference, IECS 2014, 16—17 May 2014, Sibiu, Romania. *Proc. Econom. Fin.* 2014;(16):34—9.
 10. Kalininskaya A. A., Dzugayev A. K., Chizhikova T. V. Personnel policy in healthcare of the Russian Federation. *Zdavookhraneniye = Healthcare*. 2009;(5):11—4. Available at: <https://elibrary.ru/contents.asp?id=33835184> (in Russian).
 11. Kalininskaya A. A., Gadzhieva L. A., Merekina M. D., Balzamova L. A., Kashina O. A., Maksimova L. G. Calculation of labor volumes and the need for general practitioners in the city. *Problemy standartizatsii v zdavookhraneniye = Problems of Standardization in Healthcare*. 2020;(7—8):47—53. doi: 10.26347/1607-2502202007-08047-053 (in Russian).
 12. World Health Organization. Newsletter. *Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya = Social Aspects of Public Health*. 2019;65(3):12. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=38572642> (in Russian).
 13. Serov D. V. Scientific justification for improving outpatient care for the adult population of Moscow [*Nauchnoye obosnovaniye sovershenstvovaniya ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi vzrosloму naseleniyu g. Moskvy*]. Moscow; 2019. 26 p. (in Russian).

Сквирская Г. П.¹, Волнухин А. В.², Резе А. Г.²

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ И ЧАСТНЫЙ СЕКТОРЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ОТ КОНКУРЕНТНОЙ БОРЬБЫ К ИНТЕГРАЦИИ И ПАРТНЕРСТВУ

¹ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», Институт отраслевого менеджмента, 119571, г. Москва;

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва

Частный сектор здравоохранения в Российской Федерации развивается, увеличивается его роль в оказании не только платной, но и бесплатной медицинской помощи. Все более актуальными становятся вопросы сотрудничества государственного и частного секторов здравоохранения.

Цель исследования — изучение актуальных научно-практических проблем частного сектора российской системы здравоохранения, выявление среди них общих с государственным сектором и специфических, выдвигание предложений по формированию и развитию межсекторного взаимодействия и партнерства.

В работе использованы аналитический, социологический и статистический методы исследования. В социологическом исследовании приняли участие 409 руководителей медицинских организаций государственной и частной форм собственности.

Установлено, что актуальные и перспективные научно-практические проблемы для государственного и частного секторов здравоохранения в большинстве своем являются общими. Статистически значимые различия оценок участников опроса были определены в отдельных случаях. Был сформирован перечень наиболее актуальных научно-практических проблем частного сектора здравоохранения.

Общность поученных оценок подтвердила наличие тенденции к интеграции. Выявленные единичные различия были объяснены большей социальной ориентированностью государственного сектора и нацеленностью на конкурентную борьбу частного. Обобщение отечественного и зарубежного опыта позволило сформулировать предложения по формированию партнерского сотрудничества государственного и частного секторов здравоохранения.

Тенденцию к интеграции государственного и частного секторов можно трансформировать в активный процесс формирования долгосрочного партнерского сотрудничества в области восстановления и поддержания здоровья, результатом которого будет обеспечение активного долголетия населения Российской Федерации.

К л ю ч е в ы е с л о в а : частный сектор здравоохранения; государственный сектор здравоохранения; интеграция; сотрудничество; партнерство.

Для цитирования: Сквирская Г. П., Волнухин А. В., Резе А. Г. Государственный и частный секторы системы здравоохранения Российской Федерации: от конкурентной борьбы к интеграции и партнерству. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):275—280. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-275-280>

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

Skvirskaya G. P.¹, Volnukhin A. V.², Reze A. G.²

THE STATE AND PRIVATE SECTOR OF HEALTH CARE SYSTEM OF THE RUSSIAN FEDERATION: FROM COMPETITION TO INTEGRATION AND PARTNERSHIP

¹The Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration”. Institute of Industry Management, 119571, Moscow, Russia;

²The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” (Sechenov University) of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia

The private health care sector in the Russian Federation is developing and its role in providing not only paid, but also free medical care is increasing. The issues of cooperation between state and private health sectors becomes more actual. The purpose of the study is to investigate current research and practical issues of private health care in the Russian Federation and to identify shared and specific problems with state sector and to develop proposals for evolution of intersectorial interaction and partnership. The study used analytical, sociological and statistical methodologies. The sociological survey covered 409 executives of state and private medical organizations. It was established that current and prospective research and practical problems of state and private health care are mostly shared. The statistically significant differences in opinions of respondents were determined. The list of most actual research and practical problems of private health care was composed.

The commonality of derived valuations confirmed trend to integration. The identified sporadic differences are explained by greater social orientation of state health care and directness on competition of private health care. The generalization of national and foreign experience permitted to formulate proposals on partnership between state and private health care. The trend to integration of state and private health care can be transformed into active process of development of long-term partnership cooperation in health recovery and maintenance that will result in ensuring active longevity of population of the Russian Federation.

К e y w o r d s : health care; state; private; integration; cooperation; partnership.

For citation: Skvirskaya G. P., Volnukhin A. V., Reze A. G. The state and private sector of health care system of the Russian Federation: From competition to integration and partnership. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2022;30(2):275—280 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-275-280>

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” (Sechenov 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 24.06.2021

Accepted 26.10.2021

Введение

Развитие частной медицины в России началось во второй половине 1980-х годов и было обусловлено началом формирования рынка медицинских услуг. Можно констатировать, что на сегодняшний день частный сектор стал неотъемлемой частью отечественной системы здравоохранения. Он реагирует на изменения, происходящие в государственном секторе, и влияет на тенденции таких изменений. Налицо факт увеличения роли частного сектора в оказании медицинской помощи гражданам РФ и его все большая интеграция с государственным сектором. Об этом свидетельствует то, что при смешанной модели финансирования средства граждан в структуре расходов на здравоохранение составляют 35%, из которых более половины — расходы на медицинские и санаторно-курортные услуги [1]. Доля платных медицинских услуг в общем объеме медицинских услуг уже сейчас составляет 69% (665,9 млрд руб.). На основании результатов ряда исследований прогнозируется дальнейшее увеличение расходов населения на здравоохранение и емкости рынка платных медицинских услуг [2]. При снижении общего числа медицинских организаций с 2000 по 2016 г. доля негосударственных медицинских организаций увеличилась на 185% [3].

Но частный сектор развивается не только в коммерческом направлении. Его вес становится все более значительным и при оказании бесплатной медицинской помощи. Так, с 2000 по 2018 г. число частных медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), увеличилось в 4,4 раза и составило 2746 единиц, а их удельный вес достиг 33,1% [3].

Несмотря на это следует признать наличие существенного информационного дефицита, касающегося деятельности частных медицинских организаций. Результаты их работы не подлежат отчетности, статистические данные не учитываются в государственной статистике, научных исследований в соответствующей области проводится недостаточно. Частный сектор продолжает противопоставляться государственному. Между тем его позиционирование в качестве альтернативы государственной системе оказания медицинской помощи уже не верно. В современных российских реалиях, как и за рубежом, все большую актуальность приобретают вопросы взаимодействия и партнерского сотрудничества государственного и частного секторов с целью повышения доступности и качества медицинской помощи и укрепления здоровья населения.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение актуальных научно-практических

проблем частного сектора российской системы здравоохранения, выявление среди них общих с государственным сектором и специфических, выдвижение предложений по формированию и развитию межсекторного взаимодействия и партнерства.

Материалы и методы

Использованы аналитический, социологический и статистический методы исследования. Изучены отечественные и зарубежные научные публикации по теме исследования за последние 5 лет, размещенные в базах PubMed и eLibrary. Актуальные научно-практические проблемы частного и государственно-секторов здравоохранения были определены на основании анкетного опроса руководителей медицинских организаций государственной и частной форм собственности с помощью специально разработанной анкеты. Минимальный размер выборки был определен по методике В. И. Паниотто [4] для генеральных совокупностей до 100 тыс. и составил 398 респондентов. На вопросы анкеты ответили 409 человек. В ходе статистической обработки результатов опроса были рассчитаны относительные величины и ошибки репрезентативности. Для определения статистической значимости различий относительных величин при сравнении двух независимых выборок был использован *t*-критерий Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. При оценке корреляционной связи параметров был рассчитан коэффициент корреляции Пирсона (*r*). Наличие связи факторных и результирующих признаков определялось с помощью χ^2 и коэффициента Чупрова—Крамера.

Результаты исследования

Большинство (86,6%) участников опроса были руководителями государственных медицинских организаций, доля руководителей медицинских организаций частной формы собственности составила 12,9%, у 0,5% соответствующие данные отсутствовали.

Перечень наиболее актуальных научно-практических проблем для государственного и частного секторов здравоохранения является сопоставимым. Исключение составляют теоретические проблемы охраны здоровья населения, здравоохранения и его изменений, демографические процессы и медико-социальные и этические аспекты деятельности медицинских работников, отмеченные с достоверно большей частотой руководителями медицинских организаций государственной формы собственности как наиболее значимые (табл. 1).

Сопоставимая значимость в большинстве случаев была зафиксирована и в отношении перспективных научно-практических проблем здравоохра-

Реформы здравоохранения

Таблица 1

Наиболее значимые актуальные научно-практические проблемы здравоохранения для руководителей государственных и частных медицинских организаций ($M \pm m$)

Проблема	Государственная организация, %	Частная организация, %	<i>p</i>
Теоретические проблемы охраны здоровья населения и здравоохранения	39,8±2,7	23,1±5,8	<0,05
Концепции развития здравоохранения	49,4±2,7	44,2±6,9	>0,05
Условия и образ жизни населения, социально-гигиенические проблемы	45,3±2,8	37,3±7,0	>0,05
Методы исследования, изучения и оценки состояния здоровья населения и тенденций его изменения	39,8±2,7	44,2±6,9	>0,05
Демографические процессы	44,5±2,7	28,8±6,3	<0,05
Структура заболеваемости	57,6±2,7	54,7±6,8	>0,05
Физическое развитие	35,5±2,7	38,0±7,0	>0,05
Воздействие социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения	50,6±2,7	42,3±6,8	>0,05
Организация медицинской помощи населению	67,2±2,5	64,2±6,6	>0,05
Новые организационные модели и технологии профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения	56,7±2,7	50,9±6,9	>0,05
Качество внебольничной и стационарной медицинской помощи	59,3±2,7	49,1±7,0	>0,05
Теоретические, методические и организационные аспекты медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов	34,3±2,7	30,8±6,4	>0,05
Медико-социальные и этические аспекты деятельности медицинских работников	74,7±2,4	39,6±6,7	<0,05
Нормирование труда медицинских работников	54,9±2,7	47,2±6,9	>0,05
Планирование в здравоохранении	52,0±2,7	49,1±6,9	>0,05
Экономика в здравоохранении	50,0±2,7	58,5±6,8	>0,05
Менеджмент в здравоохранении	49,1±2,7	62,3±6,7	>0,05
Маркетинг в здравоохранении	43,9±2,7	54,7±6,9	>0,05
Потребность населения в медицинской помощи	56,4±2,7	46,2±7,1	>0,05
Теоретические, методические и организационные аспекты обязательного и добровольного медицинского страхования населения	32,0±2,6	43,4±6,9	>0,05
АСУ и компьютерные технологии управления лечебно-профилактическими учреждениями, службами и здравоохранением	53,5±2,7	45,3±7,0	>0,05
Здравоохранение за рубежом, деятельность ВОЗ и других международных медицинских и общественных организаций по охране здоровья населения	24,7±2,4	45,1±7,1	<0,05

ния (табл. 2). Руководителями частных медицинских организаций в качестве наиболее значимых со значимо более высокой частотой были указаны лицензирование медицинских организаций, аккредитация медицинских специалистов, внедрение рыночных отношений в деятельность медицинских организаций и формирование системы непрерывного повышения качества медицинской помощи. Для руководителей государственных медицинских организаций оказалась выше значимость совершенствования лекарственного обеспечения.

Анализ ответов руководителей медицинских организаций частной формы собственности позволил определить 10 наиболее значимых для них научно-практических проблем здравоохранения:

- организация медицинской помощи населению;
- менеджмент в здравоохранении;
- экономика в здравоохранении;
- информационное обеспечение медицинских организаций и специалистов здравоохранения;
- формирование системы непрерывного повышения качества медицинской помощи;
- причинно-следственные аспекты заболеваемости населения;
- государственная социальная политика в сфере здравоохранения;
- маркетинг в здравоохранении;
- структура заболеваемости;
- приоритетные направления развития здравоохранения.

Достоверной корреляционной связи между стажем в занимаемой должности, возрастом руководи-

телей частных медицинских и уровнем значимости перечисленных научно-практических проблем здравоохранения установлено не было. Возраст, пол, первичная специализация и наличие ученой степени также значимо не влияли на распределение оценок.

Обсуждение

Результаты анкетирования показали общность взглядов руководителей медицинских организаций государственной и частной форм собственности на актуальные и перспективные проблемы развития здравоохранения. Специфические особенности тоже есть, но они единичны и могут быть обусловлены тем, что в государственном секторе процесс оказания медицинской помощи носит более социально ориентированный характер. В то же время для частного сектора, с более высоким уровнем конкуренции, кроме традиционных медицинских вопросов, большое значение приобретают факторы, формирующие конкурентоспособность медицинской организации, связанные с возможностью эффективного использования медицинского персонала, ассортиментом и качеством оказываемых медицинских услуг. Все это подтверждает тезис об идущем процессе интеграции и необходимости использования научно обоснованных подходов к формированию партнерского сотрудничества.

За рубежом удельный вес частного сектора в системах здравоохранения варьирует. В странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) он составляет порядка 26%, в Израиле достигает 38% [5]. В Испании 57% больниц относятся к частному сектору здравоохранения [6]. При

Таблица 2

Наиболее значимые перспективные научно-практические проблемы здравоохранения для руководителей государственных и частных медицинских организаций ($M \pm m$)

Проблема	Государственные организации, %	Частные организации, %	<i>p</i>
Изучение причинно-следственных аспектов заболеваемости населения	53,5±2,7	55,8±6,9	>0,05
Разработка методологий и методов изучения и укрепления здоровья населения	39,2±2,7	49,0±7,0	>0,05
Изучение уровней, тенденций, структуры заболеваемости, травматизма, инвалидизации и смертности населения	42,2±2,7	42,3±6,8	>0,05
Изучение условий, образа жизни и качества жизни населения	43,3±2,7	39,2±6,9	>0,05
Изучение физического и психического развития различных категорий населения	32,6±2,6	32,7±6,5	>0,05
Изучение демографических процессов	39,6±2,7	30,8±6,5	>0,05
Совершенствование мониторинга здоровья и заболеваемости населения	42,7±2,7	41,5±6,8	>0,05
Разработка прогнозных показателей и критериев оценки в сфере общественного здоровья	33,7±2,6	35,8±6,6	>0,05
Совершенствование государственной социальной политики в сфере здравоохранения	45,1±2,7	55,8±6,9	>0,05
Определение приоритетных направления развития здравоохранения	49,7±2,7	51,9±7,0	>0,05
Разработка вопросов планирования развития здравоохранения	43,0±2,7	47,2±6,9	>0,05
Совершенствование системы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи	52,0±2,7	42,3±6,8	>0,05
Совершенствование системы лицензирования медицинских организаций	27,0±2,5	46,2±7,0	<0,05
Совершенствование системы аккредитации медицинских специалистов	30,8±2,5	48,1±7,0	<0,05
Совершенствование системы стандартизации в здравоохранении	34,6±2,6	44,2±7,0	>0,05
Совершенствование системы медицинского страхования	32,3±2,6	39,6±6,9	>0,05
Совершенствование медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов	32,8±2,6	40,4±6,9	>0,05
Совершенствование государственной кадровой политики в сфере здравоохранения	54,1±2,7	47,2±6,9	>0,05
Разработка медико-технической политики в сфере здравоохранения	26,5±2,5	35,8±6,7	>0,05
Совершенствование лекарственного обеспечения	56,1±2,7	41,5±6,8	<0,05
Совершенствование научной деятельности в сфере общественного здоровья и управления здравоохранением	28,8±2,5	39,6±6,8	>0,05
Изучение отечественных и зарубежных тенденций и систем здравоохранения	28,2±2,5	49,1±6,9	>0,05
Совершенствование методологий и методов исследования и управления системой здравоохранения и медицинскими организациями	32,8±2,6	44,2±7,0	>0,05
Изучение потребности населения в отдельных видах медицинской помощи	35,8±2,6	43,4±6,8	>0,05
Изучение организации медицинской помощи населению	39,8±2,7	40,4±6,9	>0,05
Разработка рекомендаций по структурно-организационным преобразованиям деятельности медицинских организаций	35,8±2,6	34,6±6,7	>0,05
Научное обоснование внедрения рыночных отношений в деятельность медицинских организаций	23,0±2,3	38,5±6,8	<0,05
Совершенствование организации и оказания доступных и качественных медицинских услуг населению	50,0±2,7	43,4±6,9	>0,05
Совершенствование организации медицинской помощи при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций	42,2±2,7	43,4±6,9	>0,05
Совершенствование организации профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний	49,7±2,7	45,3±7,0	>0,05
Совершенствование организации медицинской помощи различным группам населения	40,7±2,7	48,1±6,9	>0,05
Разработка современных организационных, образовательных и информационных технологий в сфере здравоохранения	45,9±2,7	52,8±7,0	>0,05
Научное обоснование подходов к формированию системы непрерывного повышения качества медицинской помощи	36,3±2,6	56,6±6,8	<0,05
Совершенствование ресурсного обеспечения медицинских организаций	48,3±2,7	50,9±6,9	>0,05
Совершенствование информационного обеспечения медицинских организаций и специалистов здравоохранения	48,5±2,7	56,6±6,8	>0,05
Изучение медико-социальных и этических аспектов деятельности медицинских работников, социально-психологических проблем профессиональной адаптации	36,0±2,6	47,2±6,9	>0,05
Изучение проблем высшего и среднего медицинского образования	42,7±2,7	45,3±7,0	>0,05

этом результаты проведенных исследований продемонстрировали, что эффективность частного сектора здравоохранения зависит от организации и эффективности государственного. Для повышения доступности и качества медицинской помощи в частном секторе необходимы изменения всей системы здравоохранения [7].

Частный сектор здравоохранения за рубежом является не только полноценной частью всей системы здравоохранения, но и актуальной областью научных исследований. Поиск в базе PubMed по ключевым словам «private» и «health care» в названии обнаружил 2782 публикации, посвященные частному сектору здравоохранения. При этом публикационная активность носит нарастающий характер. В 2020 г. уже опубликовано 672 статьи. В eLibrary аналогичный поиск показал всего 302 научные публикации, за 2020 г. — 16. Это демонстрирует очевидную недооценку значимости вопроса в России.

Среди опубликованных результатов международных исследований наибольший интерес представляют следующие. Крупный обзор 17 исследований, включающий 5500 стационарных медицинских организаций различных европейских стран, показал, что для государственных медицинских организаций данного типа характерны более высокие экономические показатели. Также в государственном секторе здравоохранения, как правило, получают медицинскую помощь пациенты старшего возраста, с более низким социально-экономическим статусом, с более высоким уровнем сопутствующих заболеваний и осложнений. Значимого влияния формы собственности на качество медицинской помощи установлено не было [8].

Во многих странах активно развивается такая форма взаимодействия государственного и частного секторов здравоохранения, как государственно-частное партнерство (ГЧП). Однако, как показал обзор 36 исследований, убедительных данных в пользу

Реформы здравоохранения

положительного влияния ГЧП на укрепление здоровья населения недостаточно. Положительные оценки чаще фиксировались в исследованиях более низкого качества. При вовлечении в ГЧП частного партнера с высоким конкурентным потенциалом более распространенными были отрицательные оценки. Было установлено, что ГЧП эффективнее в отношении оптимизации лечения инфекционных заболеваний, а наименее эффективно — в профилактике неинфекционных [9].

Согласно проведенным исследованиям, привлечение частных партнеров способствует разработке, апробации и внедрению инновационных методов диагностики и лечения заболеваний, улучшает обеспеченность ресурсами, позволяет получать дополнительные данные для принятия решений, основанных на доказательствах [10, 11].

Установлено положительное влияние на качество медицинской помощи государственного регулирования подготовки специалистов для частного сектора здравоохранения. В отношении регулирования деятельности частных медицинских организаций однозначных выводов сделать не удалось [12].

В целом анализ доступной научной литературы последних 5 лет позволяет сделать вывод, что наиболее актуальными научными проблемами, связанными с частным сектором здравоохранения, являются сравнительный анализ медицинских организаций государственного и частного секторов здравоохранения по экономическим показателям, качеству медицинской помощи, основным характеристикам пациентов, поиск и изучение взаимосвязей изменений в государственной системе здравоохранения и эффективности частного сектора, разработка и изучение различных форм взаимодействия государственного и частного секторов здравоохранения, включая ГЧП, изучение ГЧП государственных медицинских организаций и негосударственных партнеров из других отраслей; разработка и изучение различных моделей участия частного сектора здравоохранения в борьбе с социально значимыми заболеваниями (онкологические заболевания, туберкулез), участие частных медицинских организаций и частнопрактикующих врачей в формировании отчетности в области здравоохранения, государственное регулирование системы подготовки специалистов и деятельности медицинских организаций частного сектора здравоохранения, влияние негосударственного страхования на доступность медицинской помощи, обмен научными медицинскими знаниями между государственным и частным секторами здравоохранения [7—15].

Таким образом, для максимально эффективного использования в российской системе здравоохранения объединенных возможностей частного и государственного секторов необходимы:

- совершенствование и дополнение нормативно-правовой базы с целью формирования единой сети государственных и частных медицинских организаций и обеспечения преемственности и этапности лечебно-диагностического

процесса, независимо от места получения медицинской помощи пациентом;

- обеспечение своевременной регистрации всех частных медицинских организаций в Федеральном реестре медицинских организаций, а медицинских работников, занятых в частном секторе,— в Федеральном реестре медицинских работников в рамках Единой государственной информационной системы здравоохранения;
- формирование и развитие единого информационного и цифрового пространства, объединяющего медицинские базы данных медицинских организаций государственного и частного секторов здравоохранения;
- автоматизация и регламентирование процесса получения основных показателей лечебно-диагностической работы из медицинских информационных систем частных медицинских организаций и включение их в единую государственную статистику в области здравоохранения;
- активное привлечение представителей частного сектора здравоохранения к реализации государственных программ по борьбе с наиболее распространенными и социально значимыми заболеваниями, а также с орфанными болезнями в части использования человеческих ресурсов, материально-технических возможностей, создания, апробации и внедрения инновационных технологий в области диагностики, лечения, профилактики и реабилитации;
- организация на регулярной основе обмена опытом между медицинскими специалистами государственного и частного секторов здравоохранения в рамках совместных тематических научно-практических мероприятий, стажировок, мастер-классов;
- создание между государственными и частными медицинскими организациями стратегических альянсов с целью реализации совместных проектов в области профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний, научных разработок и образования, развитие государственно-частного партнерства.

Заключение

В современном мире интеграция представляет собой глобальный процесс, вовлекающий большинство отраслей. Объединение — это всегда определенный риск, сложности, необходимость адаптации, но в то же время — новые возможности и путь к недостижимым прежде результатам. Он может протекать спонтанно и иметь непредсказуемый итог, а может быть управляемым, с четкой программой действий и целеполаганием. Тенденция к интеграции государственного и частного секторов здравоохранения может стать таким активным процессом формирования долгосрочного партнерского сотрудничества в области восстановления и поддержания здоровья, результатом которого будет обеспечение

активного долголетия населения Российской Федерации.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Улумбекова Г. Э., Гинойн А. Б., Калашникова А. В. и др. Финансирование здравоохранения в России (2021—2024 гг.). Факты и предложения. *Оргздрав: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ*. 2019;5(4):4—19.
2. Рамазанов И. А., Григорьева Е. С. Прогнозирование перспектив развития российского рынка платных медицинских услуг. *Практический маркетинг*. 2019;5(267):29—36.
3. Комаровская Н. Л., Осипова М. Ю. Современные тенденции развития сферы медицинских услуг. *Социальные и экономические системы. Экономика*. 2019;(6):101—22.
4. Паниотто В. И., Максименко В. С. Количественные методы в социологических исследованиях. Киев; 1982. 272 с.
5. Achdut L. Private Expenditures on Healthcare: Determinants, Patterns and Progressivity Aspects. *Isr. J. Health Policy Res*. 2019 Dec 20;8(1):87. doi: 10.1186/s13584-019-0356-y
6. Creixans-Tenas J., Coenders G., Arimany-Serrat N. Corporate Social Responsibility and Financial Profile of Spanish Private Hospitals. *Heliyon*. 2019;5(10):e02623. doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e02623
7. Morgan R., Ensor T., Waters H. Performance of private sector health care: implications for universal health coverage. *Lancet*. 2016 Aug 6;388(10044):606—12. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00343-3
8. Tynkkynen L. K., Vrangbæk K. Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe. *BMC Health Serv Res*. 2018 Feb 27;18(1):141. doi: 10.1186/s12913-018-2953-9
9. Parker L. A., Zaragoza G. A., Hernández-Aguado I. Promoting population health with public-private partnerships: Where's the evidence? *BMC Public Health*. 2019 Nov 1;19(1):1438. doi: 10.1186/s12889-019-7765-2
10. Nwogu C. E., Mahoney M., Okoye I., Ejiogu K., George S., Dy G., Jimoh M., Salako O., Ilegbune O., Chugani B., Ezeome E., Popoola A. O., Michalek A. M. Role of Private Enterprise in Cancer Control in Low to Middle Income Countries. *J. Cancer Epidemiol*. 2016;2016:7121527. doi: 10.1155/2016/7121527
11. Saha I., Paul B. Private sector involvement envisaged in the National Strategic Plan for Tuberculosis Elimination 2017—2025: Can Tuberculosis Health Action Learning Initiative model act as a road map? *Med. J. Armed Forces India*. 2019 Jan;75(1):25—7. doi: 10.1016/j.mjafi.2018.12.009
12. Wiysonge C. S., Abdullahi L. H., Ndze V. N., Hussey G. D. Public stewardship of private for-profit healthcare providers in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2016 Aug 11;2016(8):CD009855. doi: 10.1002/14651858.CD009855.pub2
13. Wu R., Li N., Ercia A. The Effects of Private Health Insurance on Universal Health Coverage Objectives in China: A Systematic Literature Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020 Mar 19;17(6):2049. doi: 10.3390/ijerph17062049
14. Jahn R., Müller O., Nöst S., Bozorgmehr K. Public-private knowledge transfer and access to medicines: a systematic review and qualitative study of perceptions and roles of scientists involved in HPV vaccine research. *Global Health*. 2020 Mar 5;16(1):22. doi: 10.1186/s12992-020-00552-9
15. Phalkey R. K., Butsch C., Belesova K., Kroll M., Kraas F. From habits of attrition to modes of inclusion: enhancing the role of private

practitioners in routine disease surveillance. *BMC Health Serv. Res*. 2017 Aug 25;17(1):599. doi: 10.1186/s12913-017-2476-9

Поступила 24.06.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Ulumbekova G. E., Ginoyan A. B., Kalashnikova A. V., et al. Financing of healthcare in Russia (2021—2024). Facts and suggestions. *Orgzdrav: novosti, mneniya, obucheniye. Vestnik VShOUZ*. 2019;5(4):4—19 (in Russian).
2. Ramazanov I. A., Grigoryeva E. S. Forecasting the development prospects of the Russian market of paid medical services. *Prakticheskij marketing*. 2019;5(267):29—36 (in Russian).
3. Komarovskaya N. L., Osipova M. Yu. Current trends in the development of medical services. Social and economic systems. *Ekonomika*. 2019;(6):101—22 (in Russian).
4. Paniotto V. I., Maksimenko V. S. Quantitative methods in sociological research [*Kolichestvennyye metody v sotsiologicheskikh issledovaniyakh*]. Kiev; 1982. 272 p. (in Russian).
5. Achdut L. Private Expenditures on Healthcare: Determinants, Patterns and Progressivity Aspects. *Isr. J. Health Policy Res*. 2019 Dec 20;8(1):87. doi: 10.1186/s13584-019-0356-y
6. Creixans-Tenas J., Coenders G., Arimany-Serrat N. Corporate Social Responsibility and Financial Profile of Spanish Private Hospitals. *Heliyon*. 2019;5(10):e02623. doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e02623
7. Morgan R., Ensor T., Waters H. Performance of private sector health care: implications for universal health coverage. *Lancet*. 2016 Aug 6;388(10044):606—12. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00343-3
8. Tynkkynen L. K., Vrangbæk K. Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe. *BMC Health Serv Res*. 2018 Feb 27;18(1):141. doi: 10.1186/s12913-018-2953-9
9. Parker L. A., Zaragoza G. A., Hernández-Aguado I. Promoting population health with public-private partnerships: Where's the evidence? *BMC Public Health*. 2019 Nov 1;19(1):1438. doi: 10.1186/s12889-019-7765-2
10. Nwogu C. E., Mahoney M., Okoye I., Ejiogu K., George S., Dy G., Jimoh M., Salako O., Ilegbune O., Chugani B., Ezeome E., Popoola A. O., Michalek A. M. Role of Private Enterprise in Cancer Control in Low to Middle Income Countries. *J. Cancer Epidemiol*. 2016;2016:7121527. doi: 10.1155/2016/7121527
11. Saha I., Paul B. Private sector involvement envisaged in the National Strategic Plan for Tuberculosis Elimination 2017—2025: Can Tuberculosis Health Action Learning Initiative model act as a road map? *Med. J. Armed Forces India*. 2019 Jan;75(1):25—7. doi: 10.1016/j.mjafi.2018.12.009
12. Wiysonge C. S., Abdullahi L. H., Ndze V. N., Hussey G. D. Public stewardship of private for-profit healthcare providers in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2016 Aug 11;2016(8):CD009855. doi: 10.1002/14651858.CD009855.pub2
13. Wu R., Li N., Ercia A. The Effects of Private Health Insurance on Universal Health Coverage Objectives in China: A Systematic Literature Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020 Mar 19;17(6):2049. doi: 10.3390/ijerph17062049
14. Jahn R., Müller O., Nöst S., Bozorgmehr K. Public-private knowledge transfer and access to medicines: a systematic review and qualitative study of perceptions and roles of scientists involved in HPV vaccine research. *Global Health*. 2020 Mar 5;16(1):22. doi: 10.1186/s12992-020-00552-9
15. Phalkey R. K., Butsch C., Belesova K., Kroll M., Kraas F. From habits of attrition to modes of inclusion: enhancing the role of private practitioners in routine disease surveillance. *BMC Health Serv. Res*. 2017 Aug 25;17(1):599. doi: 10.1186/s12913-017-2476-9

Ковалева И. П., Стрижак М. С., Заярная И. А.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМА УЧАСТИЯ ЧАСТНЫХ КЛИНИК В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Новороссийский филиал ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 353900, г. Новороссийск

В статье рассмотрены актуальные аспекты участия частных клиник в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС) с позиции разработки механизма взаимодействия на микроуровне. Все большую популярность в социальной сфере набирают принципы государственно-частного партнерства, особенно в здравоохранении. В российской практике у частных клиник сформировались собственные мотивы для участия в реализации территориальной программы ОМС, но сам механизм не всегда детализированно проработан с учетом региональной специфики. Поэтому у медицинских организаций возникают проблемы с реализацией механизма государственно-частного партнерства: сроки подачи заявки, нормативно-правовая база, исполнительные органы, контролирующие органы. Ситуация усугубляется отсутствием муниципальных управлений здравоохранения в регионе, которые могли бы проинформировать частный бизнес о его правах и обязанностях по этому вопросу.

В статье затронуты проблемы реализации государственно-частного партнерства и предложен механизм участия частных клиник в реализации программы ОМС (на примере Краснодарского края). Проведенные практические исследования позволили детально определить алгоритм процесса участия частных медицинских организаций в программе ОМС. В результате проведенного исследования обозначены региональные особенности формирования взаимодействия государства и бизнеса.

К л ю ч е в ы е с л о в а : *территориальная программа ОМС; государственно-частное партнерство; частная медицинская организация; страховые компании.*

Для цитирования: Ковалева И. П., Стрижак М. С., Заярная И. А. Совершенствование механизма участия частных клиник в системе обязательного медицинского страхования. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):281—287. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-281-287>

Для корреспонденции: Ковалева Ирина Петровна, канд. экон. наук, доцент кафедры экономики, финансов и менеджмента, e-mail: ipk28@yandex.ru

Kovaleva I. P., Strizhak M. S., Zayarnaya I. A.

THE DEVELOPMENT OF MECHANISM OF PARTICIPATION OF PRIVATE CLINICS IN THE MANDATORY MEDICAL INSURANCE SYSTEM

The Novorossiysk Branch of The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, 353900, Novorossiysk, Russia

The article considers actual aspects of participation of private clinics in implementation of territorial program of mandatory medical insurance from position of development of mechanism of interaction at micro-level. The principles of public-private partnership are gaining more popularity in social sphere, especially in health care. In Russia, private clinics developed their own motives to participate in implementation of territorial program of mandatory medical insurance, but mechanism itself is not always elaborated considering regional characteristics. Therefore, medical organizations encounter problems concerning implementation of mechanism of public-private partnership: application deadline, normative legal base, positioning of executive and regulatory authorities, etc. The situation is aggravated by lacking of municipal health care departments in region that could inform private business about its corresponding rights and obligations. The problems of implementing public-private partnership are analyzed and mechanism of participation of private clinics in implementation of program of mandatory medical insurance (as exemplified by the Krasnodar Kray). The study permitted to determine detailed algorithm of participation of private medical organizations in program of mandatory medical insurance. The study results permitted to scope regional features of development of interaction between state and business.

К е у в о р д с : *mandatory medical insurance; territorial program; public-private partnership; private medical organization; insurance companies.*

For citation: Kovaleva I. P., Strizhak M. S., Zayarnaya I. A. The development of mechanism of participation of private clinics in the mandatory medical insurance system. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):281—287 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-281-287>

For correspondence: Kovaleva I. P., candidate of economical 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: ipk28@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 24.06.2021

Accepted 26.10.2021

Введение

В научной, профессиональной литературе, СМИ государственное регулирование системы здравоохранения практически никогда не оспаривается и прослеживается как доминирующая позиция, по-

скольку необходимо разрабатывать новые технологии по оказанию медицинских услуг, бороться с инфекциями и вирусами, совершенствовать лекарственные препараты. Но быстрое введение инноваций в практическую жизнь без дополнительной апробации часто негативно сказывается на резуль-

татах их применения и формирует соответствующее общественное мнение, что делает аспект государственного регулирования еще более актуальным. Вопрос платности медицинских услуг, наличие частного интереса в здравоохранении не имеют однозначного ответа и обсуждаются на разных уровнях исполнительной и законодательной власти, теоретиками и практиками в течение длительного времени в разных странах.

Первые принципы прямой платности за медицинские услуги прослеживаются в XVIII в. до н. э. в законах вавилонского царя Хаммурапи [1]. Гиппократ также высказывался в этом аспекте: «И я советую, чтобы ты не слишком негуманно вел себя, но чтобы обращал внимание и на обилие средств (у больного), и на их умеренность, а иногда лечил бы и даром, считая благодарную память выше минутной славы» [2]. Народный комиссар здравоохранения Н. А. Семашко отмечал, что «хорошего врача прокормит народ, а плохие нам не нужны» [3].

Многочисленный зарубежный опыт подтверждает возможность эффективного функционирования частного сектора здравоохранения, а многие эксперты в области медицинского менеджмента отмечают следующую особенность: чем выше уровень государственного регулирования отрасли, тем меньше стимулов у предпринимателей для развития на рынке медицинских услуг. Поэтому государственное регулирование в отрасли должно носить сбалансированный характер, учитывающий интересы как общества, так и предпринимательства [4, с. 89].

В мировой практике интересен и полезен опыт США [5]. Несмотря на противоречивое отношение к американской медицине, основные показатели качества системы здравоохранения страны (их более 30) свидетельствовали о ее невысоком рейтинге в мире [6]. Поэтому американская система в последнее время активно реформируется [7]. В результате резко сократилось число незастрахованных граждан и произошло расширение государственной программы страхования для малоимущих [8]. Однако отличительной особенностью американской системы здравоохранения является широкое использование механизма государственно-частного партнерства [9].

Социально-экономические события XX в. положительно отразились на развитии частного сектора в здравоохранении развитых стран. Основная причина связана с усилением конкуренции на рынке медицинских услуг. Активизация частного сектора, приток капитала потребовали новых технологий и инноваций от поставщиков медицинских услуг и органов государственного регулирования. Однако разработка и внедрение новых медицинских технологий занимают более продолжительное время и требуют значительных финансовых ресурсов, увеличивая сроки всех процессов реорганизации и модернизации, в том числе в вопросах управления и организации [10, с. 3].

Предпринимательство в здравоохранении может быть использовано не в полной степени, скорее

речь идет о государственно-частном партнерстве. Усиление позиции частного сектора в отрасли может иметь и негативные последствия, которые могут проявляться в мошеннических действиях, нарушениях законодательства, фальсификации и прочем. Однако положительных моментов значительно больше: повышается защищенность отрасли от политического влияния, возрастает уровень дифференциации медицинских услуг по качеству и стоимости, развивается конкуренция в отрасли, актуализируются вопросы экономической эффективности функционирования медицинских организаций, улучшается социальная значимость за счет повышения доступности медицинской помощи, совершенствуется сервис обслуживания в соответствии с возрастающими потребностями, возрастают доходы медицинских работников и др. [1].

Таким образом, если государство занимает активную позицию и поддерживает частный сектор в здравоохранении, то параллельно со всеми положительными моментами может происходить усиление монополизации рынка медицинских услуг. И государство в ответ вынуждено будет усилить контроль за рыночной властью в отрасли и ужесточить антимонопольное регулирование здравоохранения. Поэтому процесс государственного регулирования в здравоохранении — это сбалансированный, многоаспектный, многовариантный процесс, результативность которого тесно связана с эффективностью функционирования медицинских организаций [11, с. 104].

Цель проводимого исследования — разработать механизм участия частных клиник в реализации программы обязательного медицинского страхования (ОМС; на примере Краснодарского края). К задачам исследования можно отнести:

- анализ региональной российской практики подачи пакета документов в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;
- исследование процесса взаимодействия частных клиник с комиссией по разработке Территориальной программы в целях определения объемов предоставления медицинской помощи;
- обозначение региональных страховых компаний, работающих с медицинскими организациями в системе ОМС;
- определение материально-технических особенностей подготовки медицинской организации для участия в реализации территориальной программы ОМС;
- обозначение особенностей функционирования частных медицинских организаций в условиях выполнения муниципального заказа.

Материалы и методы

В качестве методов исследования были использованы аналитический (при анализе региональной российской практики подачи пакета документов в Реестр медицинских организаций, осуществляющих

Реформы здравоохранения

деятельность в сфере ОМС), исторический (при обозначении региональных страховых компаний, работающих с медицинскими организациями в системе ОМС), моделирования (графическая модель механизма участия частных клиник в реализации программы ОМС на примере Краснодарского края) и статистический (использовалась выборка материалов при определении материально-технических особенностей подготовки медицинской организации для участия в реализации территориальной программы ОМС).

В качестве основных материалов при проведении исследования были использованы нормативно-правовая база, регулирующая деятельность частных клиник в системе ОМС, исследования российских и зарубежных экономистов, отчетность медицинских организаций, нормативно-правовая база страховых организаций. Частные клиники при участии в системе ОМС должны соблюдать Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н.

Результаты исследования

Непосредственно механизм участия частных клиник в реализации территориальной программы ОМС начинается за 5—6 мес до начала нового отчетного года. На первоначальном этапе им необходимо попасть в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, собрав целый пакет документов в основном организационно-правового характера. Это:

- выписка из единого государственного реестра ЕГРЮЛ или ЕГРИП;
- свидетельство (уведомление) о постановке на учет в налоговом органе;
- устав (положение) медицинской организации, а также все имеющиеся постановления о внесении изменений;
- документ (приказ) о назначении на должность руководителя медицинской организации;
- документ территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Краснодарскому краю (уведомление о кодах статистики, формируется на официальном сайте Росстата);
- лицензия на осуществление медицинской деятельности на бумаге и в сканированном виде;
- структура медицинской организации.

Документы организационно-правового характера сопровождаются экономическими таблицами, которые принимаются на веб-ресурсе в разделе «Реестр медицинских организаций».

Экономическая часть документов должна содержать следующие данные.

В случае, если медицинская организация ранее не осуществляла деятельность в сфере ОМС:

- мощность коечного фонда медицинской организации;

- мощность структурных подразделений медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов;

- мощность структурных подразделений медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, для формирования объемов диагностических услуг.

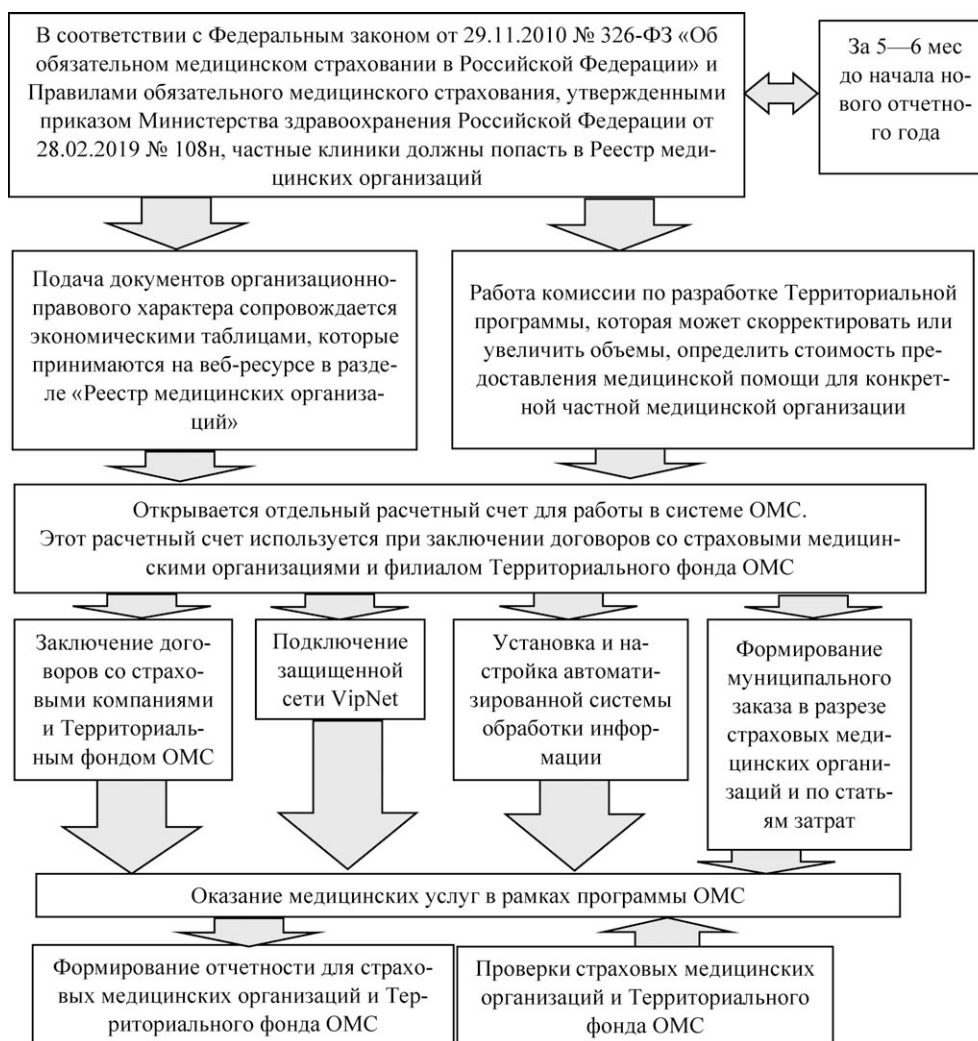
В случае, если медицинская организация ранее осуществляла деятельность в сфере ОМС:

- фактически выполненные за предыдущий год объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клиничко-профильных / клиничко-статистических групп (КПГ/КСГ) заболеваний, количеству вызовов скорой медицинской помощи по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования по данным бухгалтерского учета медицинской организации (круглосуточный стационар, дневные стационары всех типов, первичная медико-санитарная помощь, скорая медицинская помощь);
- фактически выполненные за предыдущий год объемы диагностических и/или консультативных услуг взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг, а также объемы их финансирования по данным бухгалтерского учета.

В обоих случаях представляется:

- численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп);
- численность застрахованных лиц в медицинской организации для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи территории их обслуживания (в разрезе половозрастных групп);
- предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям оказания медицинской помощи, в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КПГ/КСГ по детскому и взрослому населению (круглосуточный стационар, дневные стационары всех типов, первичная медико-санитарная помощь, скорая медицинская помощь);
- предложения о планируемых к выполнению объемах диагностических и/или консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению;
- сведения о штатной численности и о наличии медицинского оборудования в медицинской организации.

Даже если частная медицинская организация оформила все необходимые документы и попала в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, это не означает автоматическое получение муниципального заказа на предложенные ею объемы медицинских услуг.



Механизм участия частных клиник в реализации программы ОМС (на примере Краснодарского края).

Только комиссия по разработке Территориальной программы может скорректировать или увеличить объемы, определить стоимость предоставления медицинской помощи для конкретной частной медицинской организации [4].

В случае положительного решения комиссии частная медицинская организация приступает к функционированию в системе ОМС, руководствуясь основным Тарифным соглашением в сфере ОМС на территории Краснодарского края (от 28.12.2020) и дополнениями к нему.

В соответствии с п. 6 ст. 15 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», п. 5.11 Приказа Министерства здравоохранения РФ от 24.12.2012 № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и пп. 14 п. 1 ст. 251 «Доходы, не учитываемые при определении налоговой базы» Налогового кодекса (НК) РФ частные медицинские организации ведут отдельный учет по операциям со средствами ОМС и при определении налоговой базы не учиты-

вают имущество, полученное налогоплательщиком в рамках целевого финансирования. Иными словами, открывается отдельный расчетный счет для работы в системе ОМС. Этот расчетный счет используется при заключении договоров со страховыми медицинскими организациями и филиалом Территориального фонда ОМС. Страховые медицинские организации оплачивают объемы медицинской помощи в рамках муниципального заказа, а Территориальный фонд — объемы медицинской помощи, оказанные инокраевым пациентам [13, с. 101].

В начале 2019 г. на территории Краснодарского края работало четыре страховые компании в системе ОМС: ООО «АльфаСтрахование — ОМС», ООО «ВТБ Медицинское страхование», ООО «Капитал Медицинское Страхование», АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед». Количество страховых медицинских организаций в динамике меняется. Так, в 2019 г. произошло объединение организаций: ООО «ВТБ Медицинское страхование» и «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» и на рынке осталось только три страховые компании. Лидирующие позиции за-

Реформы здравоохранения

нимает ООО «АльфаСтрахование — ОМС», охватывая более 60% застрахованного населения.

В обязательном порядке частные медицинские организации при заключении договоров со страховыми медицинскими организациями заполняют Приложения к договору, распределяя объемы медицинской помощи по территориальной программе ОМС между страховыми компаниями, обозначая сведения о численности лиц, застрахованных в Краснодарском филиале, определяя перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи и т. д. [2].

Параллельно с договорной работой на первоначальном организационном этапе вхождения частной клиники в работу системы ОМС устанавливается защищенная сеть 606 для организации каналов связи со страховыми медицинскими организациями и Территориальным фондом ОМС и автоматизированная система для обработки формируемой на первичном уровне документации и возможности ее обработки с целью выставления реестров.

Защищенная сеть VipNet позволяет частным медицинским организациям проверять обслуживаемых застрахованных пациентов по базе Территориального фонда ОМС, поскольку не всегда пациенты имеют полисы, отражающие прикрепление к той или иной страховой медицинской организации. На первоначальном этапе выдачи электронных медицинских полисов не всегда прописывалась страховая медицинская компания и пациенты не могли пояснить этот момент при получении медицинской услуги. Использование базы застрахованных частично позволяет решить эти проблемы, но очень сложно работать с инокраевыми пациентами, поскольку в базе размещается информация только по застрахованным в Краснодарском крае. Также защищенная сеть позволяет передавать персональные данные в страховые медицинские организации и работать с «Деловой почтой».

Автоматизированных систем не так много, но их можно распределить по двум группам:

1. На первоначальном этапе при покупке системы затраты минимальные, а в последующем достаточно дорогое техническое обслуживание. Использование подобных систем характерно для многих муниципальных и государственных учреждений здравоохранения. В качестве примера можно привести автоматизированную систему (АС) «САМСОН».

2. На первоначальном этапе при покупке системы затраты более значительные, а в последующем достаточно недорогое техническое обслуживание. Использование подобных систем характерно для большинства частных учреждений здравоохранения. В качестве примера можно привести АС «Поликлиника» и АС «Стационар».

Параллельно частные клиники работают с веб-ресурсом «МЗЗ (Муниципальный заказ)» и на самом первом этапе распределяют выделенные объемы медицинской помощи по страховым медицинским компаниям и статьям затрат. Далее веб-ресурс позволяет скачивать и работать с отчетностью, кото-

рая формируется на этом ресурсе на основе загружаемых первичных форм. Также можно работать и рабочей группой специалистов Территориального фонда ОМС, перераспределяя фактические объемы оказанных медицинских услуг между страховыми медицинскими организациями. С 2019 г. частные клиники, уже участвующие в реализации программы ОМС, могут работать в разделе «Реестр медицинских организаций», загружая предложения на плановые периоды. Механизм участия частных клиник в реализации программы ОМС (на примере Краснодарского края) представлен на рисунке.

Обсуждение

В 2021 г. медицинские организации, как правило, формируют четыре реестра: по трем страховым компаниям и в филиал Территориального фонда ОМС для оплаты лечения инокраевых пациентов. Возможна и другая ситуация: отсутствуют инокраевые пациенты или не получали медицинские услуги, застрахованные в одной из страховых компаний.

При подаче реестров на оплату оказанной медицинской помощи за отчетный период массив данных проходит три уровня контроля: в АС (непосредственно сама АС проверяет корректность введенных данных), в отделе автоматического контроля Территориального фонда и непосредственно в страховых медицинских организациях. И только после прохождения третьего уровня контроля медицинские организации получают соответствующие акты медико-экономической экспертизы. Если акт приходит положительный, это означает, что счет-фактура, размещенная в выставленном реестре, принимается к оплате. В противном случае реестры возвращаются на доработку и могут быть выставлены как дополнительные счета в следующем периоде, но только единожды. Распространенной ошибкой является отклонение счетов по причине превышения сумм в счетах величины муниципального заказа по той или иной страховой компании.

В качестве первичной документации, которая позволяет выставлять реестры на оплату медицинских услуг, выступают амбулаторные карты пациентов либо истории болезни. Страховые медицинские организации проверяют именно обоснованность медицинской услуги с позиции оказания медицинской помощи. В случае, если первичная документация содержит не полный пакет необходимых документов, например отсутствует направление при проведении диагностической услуги, на медицинскую организацию налагаются существенные штрафы. Этот фактор в российской практике существенно сдерживает развитие государственно-частного партнерства в данном направлении.

Следует отметить и другой сдерживающий фактор: в стоимость услуги не закладывается такой важный экономический показатель, как прибыль.

Но существенным преимуществом для частных медицинских клиник выступает тот факт, что большую часть затрат по аренде, обслуживанию оборудования, оплате труда всех категорий персонала

можно осуществлять за счет средств ОМС, тем самым увеличивая прибыль от коммерческой деятельности за счет снижения затрат по платным медицинским услугам при неизменных расценках.

Важную роль при оценке эффективности финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации играет правильное и своевременное формирование муниципального заказа, который предусматривает две категории затрат: основные и прочие. К основным относятся оплата труда, начисления на оплату труда, медикаменты, продукты питания и мягкой инвентарь. К прочим можно отнести дополнительные выплаты и компенсации, услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги, арендную плату за пользование имуществом, услуги по содержанию имущества, прочие услуги, пособия по социальной помощи населению, прочие расходы, увеличение стоимости основных средств и материальных запасов.

Но все формируемые затраты по медицинским услугам в рамках ОМС строго контролируются со стороны Территориального фонда ОМС и со стороны страховых медицинских организаций. В установленные сроки частные клиники, работающие в системе ОМС, обязаны предоставлять ежемесячно отчетность, в частности оперативную кассовую отчетность, отчетность о заработной плате, отчетность по коммунальным услугам и прочие. Страховые медицинские организации запрашивают и проверяют первичную документацию — амбулаторные карты пациентов либо истории болезни.

Заключение

В результате проведенного исследования был разработан механизм участия частных клиник в реализации программы ОМС (на примере Краснодарского края). За 5—6 мес до начала нового отчетного года частные клиники подают заявление для включения их в Реестр медицинских организаций и собирают пакет документов; в основном это организационно-правовые документы, но есть и экономические. Далее медицинские организации работают с комиссией по разработке Территориальной программы, которая может скорректировать или увеличить объемы, определить стоимость предоставления медицинской помощи для конкретной частной медицинской организации и формируют муниципальный заказ. Параллельно открывается отдельный расчетный счет для работы в системе ОМС. В этот же период заключаются договоры со страховыми компаниями и Территориальным фондом ОМС, осуществляется подключение к защищенной сети VipNet, устанавливается и настраивается АС обработки информации. И только после этого начинается оказание медицинских услуг в рамках программы ОМС. По результатам оказания медицинских услуг формируется отчетность для страховых медицинских организаций и Территориального фонда ОМС, которая подлежит проверке с их стороны в плановом или внеплановом порядке.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Частная модель здравоохранения: сильные и слабые стороны. Режим доступа: <http://rpp.nashaucheba.ru/docs/index-5320.html> (дата обращения 15.06.2021).
2. Мифы и иллюзии клятвы Гипократа. Режим доступа: <http://dok-zlo.livejournal.com/257484.html> (дата обращения 16.06.2021).
3. Семашко Николай Александрович. Образовательный портал для врачей «Evrca.ru». Режим доступа: <https://www.evrika.ru/medical-calendar/18.05.2008/88> (дата обращения 17.06.2021).
4. Ковалева И. П. К вопросу о взаимодействии частного и общественного интереса в здравоохранении. *Приоритетные научные направления: от теории к практике*. 2016;32(2):89—97.
5. Jacobs P, Rapoport J. *The Economics of Health and Medical Care*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2004. 438 p.
6. Leatherman S., Sutherland K. *The Quest for Quality in the NHS. A chartbook on quality of care in the UK*. Radcliffe Publishing. Oxford, Seattle: The Nuffield Trust; 2005. 183 p.
7. Sommers B. D., Baicker K., Epstein A. M. *Mortality and Access to Care among Adults after State Medicaid Expansions*. Boston: Harvard School of Public Health NEJM; 2012. 10 p.
8. Lunge R. J. *Strategic Plan for Vermont Health Reform 2012—2014*. State of Vermont: Agency of Administration; 2012. 22 p.
9. Schultz E. H. *Lessons learned in Massachusetts*. Harvard Pilgrim Health Care; 2012. 7 p.
10. Солтман Р. Б., Буссе Р., Моссиалос Э. (ред.). *Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран*. Пер. с англ. М: Издательство «Весь Мир»; 2002.
11. Зудин А. Б., Ковалева И. П. Участие частных клиник в системе ОМС как фактор развития здравоохранения России. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье*. 2016;24 (4):104—9.
12. Ковалева И. П., Зудин А. Б. Актуальные тенденции развития частного сектора здравоохранения: российский и зарубежный опыт. *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье*. 2017;25(1):99—104.
13. Андреева Е. В., Русакова О. И. *Страховая деятельность и ее регулирование на современном страховом рынке*. Иркутск: Изд-во БГУЭП; 2015. 160 с.
14. Зайков С. Н. Проблемы и перспективы реформирования обязательного медицинского страхования. *Вестник АГАУ*. 2014;3(113):180—5.
15. Аксёнова ЕИ, Зудин АБ. Маркетинг медицинских организаций: инструменты привлечения и удержания пациентов. *Вестник Авиценны*. 2020;22(4):548-52. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-4-548-552>
16. Абубакиров АС, Зудин АБ, Снегирёва ЮЮ. Практика реализации дистанционных образовательных проектов страховыми организациями в рамках обязательного и добровольного медицинского страхования (кейс-стади). *Вестник Авиценны*. 2019;21(4):577-83. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-4-577-583>

Поступила 24.06.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Private healthcare model: strengths and weaknesses [*Chastnaya model' zdavookhraneniya: sil'nyye i slabyye storony*]. Available at: <http://rpp.nashaucheba.ru/docs/index-5320.html> (accessed 15.06.2021) (in Russian).
2. Myths and illusions of the Hippocratic oath [*Mify i illyuzii klyatvy Gippokrata*]. Available at: <http://dok-zlo.livejournal.com/257484.html> (accessed 16.06.2021) (in Russian).
3. Semashko Nikolai Alexandrovich. Educational portal for doctors «Evrca.ru». Available at: <https://www.evrika.ru/medical-calendar/18.05.2008/88> (accessed 17.06.2021) (in Russian).
4. Kovaleva I. P. On the issue of interaction of private and public interest in healthcare. *Prioritetnyye nauchnyye napravleniya: ot teorii k praktike = Priority Scientific Directions: From Theory to Practice*. 2016;32(2):89—97 (in Russian).
5. Jacobs P, Rapoport J. *The Economics of Health and Medical Care*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2004. 438 p.

Реформы здравоохранения

6. Leatherman S., Sutherland K. The Quest for Quality in the NHS. A chartbook on quality of care in the UK. Radcliffe Publishing. Oxford, Seattle: The Nuffield Trust; 2005. 183 p.
7. Sommers B. D., Baicker K., Epstein A. M. Mortality and Access to Care among Adults after State Medicaid Expansions. Boston: Harvard School of Public Health NEJM; 2012. 10 p.
8. Lunge R. J. Strategic Plan for Vermont Health Reform 2012—2014. State of Vermont: Agency of Administration; 2012. 22 p.
9. Schultz E. H. Lessons learned in Massachusetts. Harvard Pilgrim Health Care; 2012. 7 p.
10. Saltman R. B., Busse R., Mossialos E. (eds). Regulation of entrepreneurial activity in the healthcare systems of European countries. Trans. from English. Moscow: Publishing House «The Whole World»; 2002 (in Russian).
11. Zudin A. B., Kovaleva I. P. Participation of private clinics in the CHI system as a factor in the development of healthcare in Russia. *Vestnik meditsinskogo instituta «REAVIZ»: rehabilitatsiya, vrach i zdorov'ye = Bulletin of the medical Institute «REAVIZ»: rehabilitation, doctor and health.* 2016;24(4):104—9 (in Russian).
12. Kovaleva I. P., Zudin A. B. Current trends in the development of the private healthcare sector: Russian and foreign experience. *Vestnik meditsinskogo instituta «REAVIZ»: rehabilitatsiya, vrach i zdorov'ye = Bulletin of the Medical Institute «REAVIZ»: rehabilitation, doctor and health.* 2017;25(1):99—104 (in Russian).
13. Andreeva E. V., Rusakova O. I. Insurance activity and its regulation in the modern insurance market [*Strakhovaya deyatel'nost' i yeye regulirovaniye na sovremennom strakhovom rynke*]. Irkutsk: Publishing house of BSUEP; 2015. 160 p. (in Russian).
14. Zaikov S. N. Problems and prospects of reforming compulsory medical insurance. *Vestnik AGAU = Bulletin of the ASAU.* 2014;113(3):180—5 (in Russian).
15. Aksyonova EI, Zudin AB. Marketing meditsinskikh organizatsiy: instrumenty privlecheniya i uderzhaniya patsientov [Marketing of healthcare organizations: tools for attracting and retaining patients]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2020;22(4):548-52. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2020-22-4-548-552>
16. Abubakirov AS, Zudin AB, Snegiryova YuYu. Praktika realizatsii distantsionnykh obrazovatel'nykh projektov strakhovymi organizatsiyami v ramkakh obyazatel'nogo i dobrovol'nogo meditsinskogo strakhovaniya (keys-stadi) [Practice of implementation of remote educational projects by insurance organizations within the framework of compulsory and voluntary health insurance (case-study)]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2019;21(4):577-83. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-4-577-583>

Гринин В. М., Аветисян А. Я., Решетников В. А.

КРИТЕРИАЛЬНЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119146, г. Москва

Решение задач повышения качества и эффективности первичной медико-санитарной помощи, усиление ее профилактической направленности возможны путем модернизации здравоохранения, включающей внедрение управленческих технологий, в том числе совершенствования информационной базы для оценки, контроля и управления здравоохранением. Цель исследования — разработать способ оценки деятельности стоматологической поликлиники.

Основой способа являются положения теорий функциональных систем и принятия решений. Перечень информативных критериев формировался исходя из данных анализа работы стоматологической службы Чеченской Республики за 2002—2016 гг., результатов анкетирования врачей-стоматологов ($n=181$), организаторов здравоохранения в стоматологии ($n=45$), средних медицинских работников ($n=220$) и пациентов ($n=359$). Минимально необходимое число критериев, их градация по степени важности устанавливались экспертами ($n=13$).

С использованием системного подхода разработан алгоритм оценки деятельности стоматологической поликлиники: установлены перечень информативных критериев (52) и их блоки (10); экспертами отобраны те критерии, которые минимально необходимы для оценки системы (38); экспертным методом установлены коэффициенты значимости (важности) критериев (от 0,0084 до 0,0781, если $\geq 0,0224$ — более значимые, если $< 0,0224$ — менее значимые). Определены три уровня каждого критерия (по принципу минимизации), которые легли в основу расчета интегрального показателя — успешности деятельности стоматологической поликлиники.

Изложенные методические подходы обеспечивают сравнимость полученных стоматологической поликлиникой оценок в различных временных срезах, а органу управления здравоохранением предоставляют возможность объективизации анализа деятельности целого ряда поликлиник в различные периоды.

Ключевые слова: стоматологическая поликлиника; критериальный способ оценки деятельности; системный подход; информационный критерий.

Для цитирования: Гринин В. М., Аветисян А. Я., Решетников В. А. Критериальный способ оценки деятельности стоматологической поликлиники. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):288—291. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-288-291>

Для корреспонденции: Аветисян Арсен Яшаевич, канд. мед. наук, докторант кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), e-mail: avetisyan177@mail.ru.

Grynin V. M., Avetisyan A. Ya., Reshetnikov V. A.

THE CRITERION MODE OF EVALUATING FUNCTIONING OF STOMATOLOGIC POLYCLINIC

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

To improve quality and efficiency of primary health care and to strengthen its preventive directivity is possible through health care modernization including implementation of management technologies, development of database for evaluation and control. The purpose of the study is to develop method of evaluating activity of stomatologic clinic. The methodology was based on concepts of “functional systems” and “decision making”. The listing of informative criteria was based on data analysis of functioning of stomatologic service of the Chechen Republic in 2002—2016 and results of sociological survey of stomatologists ($n=181$), health care administrators in stomatology ($n=45$), paramedics ($n=220$) and patients ($n=359$). The experts ($n=13$) developed required number of criteria and their gradation. The algorithm of evaluating activity of stomatologic clinic was developed using systematic approach. The listing of 52 criteria and their 10 blocks were established. The experts established coefficients of significance of criteria (0.0084—0.0781; ≥ 0.0224 — more significant, < 0.0224 — less significant). Three levels were determined for each criterion (according principle of minimization) that became a basis for calculation of integrated indicator of efficiency of functioning of stomatologic polyclinic. The expanded methodological approaches ensure comparativity of estimates of stomatologic polyclinic in various time periods. The health care authorities have opportunity to objectify analysis of functioning of a number of polyclinics in different periods.

Keywords: stomatologic polyclinic; criteria-based evaluation; systematic approach; information criterion.

For citation: Grynin V. M., Avetisyan A. Ya., Reshetnikov V. A. The criterion mode of evaluating functioning of stomatologic polyclinic. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):288—291 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-288-291>

For correspondence: Avetisyan A. Ya., candidate of medical sciences, Doctoral Candidate of the Chair of Public Health and Health Care 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: avetisyan177@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Реформы здравоохранения

Введение

В 2018 г. принят проект «Здоровье», рассчитанный на реализацию до 2024 г. и предусматривающий повышение качества и эффективности первичной медико-санитарной помощи, усиление профилактической направленности здравоохранения. Решение этих задач, как свидетельствуют данные ряда исследований, возможно путем модернизации здра-

воохранения, включающей повышение уровня материально-технической, кадровой и научной базы, внедрение управленческих технологий [1–5]. Последнее предполагает совершенствование информационной базы для оценки, контроля и управления здравоохранением и качеством его работы [1, 6–8]. Совершенствование оказания стоматологической помощи требует пересмотра показателей оценки деятельности специалистов стоматологического про-

Т а б л и ц а 1

Критерии деятельности стоматологической поликлиники

№	Блоки и наименование критериев	Коэффициент важности
I. Управление стоматологической поликлиникой		
1.	Знание руководством поликлиники нормативных правовых документов, регламентирующих организацию и оказание стоматологической помощи	0,0350
2.	Знание руководством поликлиники реальных условий, в которых оказывается населению первичная медико-санитарная стоматологическая помощь, наличие мотивации на оказание качественной стоматологической помощи населению	0,0252
3.	Разработка и уточнение функциональных должностных обязанностей	0,0140
4.	Способность главного врача поликлиники принимать решения по организации стоматологической помощи населению, обеспечению прав пациентов на получение стоматологической помощи надлежащего качества и ее безопасности	0,0196
5.	Представление главного врача о потребных результатах оказания населению первичной медико-санитарной стоматологической помощи и перспективах ее развития	0,0182
II. Информатизация и автоматизация деятельности стоматологической поликлиники		
6.	Разработка инструкций, положений, других документов, регламентирующих организацию первичной медико-санитарной стоматологической помощи	0,0217
7.	Автоматизация работы поликлиники на основе создания автоматизированной информационной системы (АИС), автоматизированного способа оценки деятельности	0,0536
8.	Оценка и оптимизация деятельности стоматологической поликлиники	0,0574
III. Организация лечебно-диагностического процесса		
9.	Обеспечение установленных технологий выполнения пособий путем разработки стандартных операционных процедур (СОП)	0,0455
10.	Организация оказания неотложной помощи	0,0287
11.	Внедрение новых методов лечения и диагностики стоматологической патологии	0,0373
12.	Обеспечение преемственности между стоматологической поликлиникой и стоматологическим стационаром в обследовании и лечении больных	0,0192
IV. Обеспечение качества и эффективности первичной медико-санитарной стоматологической помощи		
13.	Полнота и качество отработки документации по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности	0,0119
14.	Организация контроля качества стоматологической помощи	0,0581
15.	Применение объективных методов контроля качества стоматологической помощи	0,0781
16.	Участие должностных лиц поликлиники в экспертизе качества стоматологической помощи	0,0119
17.	Соблюдение порядка экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в поликлинике	0,0154
18.	Организация работы по предупреждению дефектов в оказании первичной медико-санитарной стоматологической помощи	0,0294
19.	Учет качества оказания первичной медико-санитарной стоматологической помощи	0,0098
V. Организация профилактической работы		
20.	Планирование профилактической работы в поликлинике, ее учет и контроль выполнения	0,0119
21.	Организация диспансерного динамического наблюдения за пациентами	0,0224
22.	Организация работы гигиениста стоматологического	0,0317
VI. Подготовка медицинских специалистов		
23.	Уровень профессиональной подготовленности главного врача поликлиники, его заместителей	0,0311
24.	Уровень профессиональной подготовленности заведующих отделениями и врачей поликлиники	0,0352
25.	Уровень профессиональной подготовленности средних медицинских работников	0,0267
26.	Планирование повышения квалификации врачебного и среднего медицинского персонала и контроль выполнения	0,0163
27.	Состояние научно-исследовательской и изобретательской работы	0,0189
28.	Организация специальной подготовки врачей и среднего медицинского персонала	0,0168
VII. Планирование работы поликлиники, учет и отчетность, контроль выполнения		
29.	Планирование (текущее, перспективное) деятельности стоматологической поликлиники, отделений и кабинетов	0,0084
30.	Осуществление организационно-методической работы	0,0098
31.	Организация отчетности	0,0105
VIII. Управление кадрами и стимулирование их труда		
32.	Укомплектованность стоматологической поликлиники кадрами	0,0140
33.	Материальное и моральное стимулирование труда специалистов стоматологического профиля	0,0299
IX. Состояние материально-технической базы и медицинского снабжения		
34.	Наличие и оборудование помещений для размещения подразделений поликлиники (типовой набор помещений)	0,0231
35.	Обеспеченность подразделений поликлиники аппаратурой и инструментарием, медикаментозными средствами	0,0240
36.	Работа с наркотическими, ядовитыми и сильнодействующими лекарственными средствами	0,0119
X. Профилактика возникновения конфликтных ситуаций		
37.	Соблюдение медицинской этики и медицинского права для обеспечения бесконфликтности стоматологической практики	0,0161
38.	Организация работы по предупреждению и разрешению конфликтов	0,0513

Информативные критерии оценки успешности деятельности стоматологической поликлиники и их градация (фрагмент)

№	Наименование критерия	Градация
IV. Обеспечение качества и эффективности первичной медико-санитарной стоматологической помощи		
14.	Организация контроля качества стоматологической помощи	<p>1. В поликлинике организована целенаправленная система экспертизы качества оказания стоматологической помощи, которая осуществляется на всех уровнях лечебно-диагностического процесса, заседаниях комиссий с использованием соответствующих учетных форм. На каждый случай экспертной оценки заполняется «Протокол оценки качества медицинской помощи». Формулируются обоснованные рекомендации по устранению и предупреждению выявленных недостатков.</p> <p>2. Руководство поликлиники контролирует качество оказания стоматологической помощи. В отдельных случаях экспертиза качества осуществляется формально, без определения соответствующих конкретных рекомендаций.</p> <p>3. Не соответствует требованиям п. 2.</p>

Примечание. 1 — высокий уровень; 2 — средний уровень; 3 — низкий уровень.

филя, так как действующие показатели (доля осмотровых, доля нуждающихся в санации, доля санированных, доля нуждающихся в протезировании) в настоящее время не являются качественными и всемерно оцениваемыми деятельностью конкретного специалиста стоматологического профиля и коллектива в целом [6, 7, 9, 10].

Цель исследования — разработка способа оценки деятельности стоматологической поликлиники.

Материалы и методы

Одним из важнейших вопросов является обоснование подходов к разработке способа оценки деятельности стоматологической поликлиники. Существенных успехов в совершенствовании оказания стоматологической помощи населению можно достичь с помощью методологии системного подхода — научной методологии познания сложных объектов [1, 2, 5], позволяющей разработать организационно-управленческие технологии совершенствования деятельности медицинских организаций и оценки их работы. Решение проблемы возможно на основе использования принципов системного подхода, который исходит из ведущей роли полезного результата — эффективности и качества первичной медико-санитарной стоматологической помощи. На основе такого подхода разработан алгоритм оценки деятельности стоматологической поликлиники как основного элемента системы оказания первичной медико-санитарной стоматологической помощи.

Основой разработки способа являются положения теорий функциональных систем и принятия решений. Перечень информативных критериев формировался исходя из данных анализа работы стоматологической службы Чеченской Республики за 2002—2016 гг., результатов анкетирования врачей-стоматологов ($n=181$), организаторов здравоохранения в стоматологии ($n=45$), средних медицинских работников ($n=220$) и пациентов ($n=359$). Минимально необходимое число критериев, их градация по степени важности устанавливались экспертами ($n=13$).

Результаты исследования

Суть метода заключается в следующем.

1. Устанавливаются перечень информативных критериев и их блоки — компоненты системы (сто-

матологической поликлиники), каждый из которых характеризует определенное направление ее функционирования (количество блоков и число входящих в них критериев не может ограничиваться и требует максимального представительства). В нашем исследовании сформированы 10 блоков, включивших 52 критерия.

2. Не все критерии равнозначны по степени их влияния на успешность функционирования поликлиники. Поэтому экспертным методом определены более и менее значимые относительно определенного коэффициента важности (в нашем исследовании данный коэффициент равен 0,0224). Если коэффициент важности критерия $\geq 0,0224$, то данный критерий отнесен к относительно более значимым, если $< 0,0224$ — к менее значимым.

3. По результатам экспертной оценки из первоначального перечня (52 критерия) отобраны те, которые минимально необходимы для оценки системы (в нашем исследовании — 38 критериев; табл. 1.)

Коэффициенты значимости (важности) критериев рассчитывали по данным, полученным экспертным методом (частное от деления единицы на сумму присвоенных баллов). Соблюдено условие, что сумма коэффициентов составляет 1,0. По нашим данным, все критерии оказались расположенными в интервале от 0,0084 до 0,0781.

4. Для расчета интегрального показателя (успешность работы поликлиники) использован методический прием, изложенный в ряде научных работ [1, 2, 5] и позволяющий провести оценку по модельным вариантам. Для оценки каждого критерия определены три уровня (по принципу минимизации): высокий, средний и низкий. В дальнейшем каждому уровню были присвоены балльные оценки: 10 — высокий, 20 — средний и 30 — низкий. Фрагмент информативных критериев, характеризующих функционирование стоматологической поликлиники, а также их градация, согласованная с экспертами, представлены в табл. 2.

Использование такого методического приема позволяет оценить успешность деятельности стоматологической поликлиники следующим образом (модельные варианты): «отлично» (все критерии с коэффициентом важности 0,0224 и выше получили 10 баллов, остальные — не более 20); «хорошо» (не менее 50% критериев с коэффициентом важности

Реформы здравоохранения

0,0224 и выше получили 10 баллов, все остальные — не более 20 баллов); «удовлетворительно» (более 50% критериев с коэффициентом важности 0,0224 и выше получили 20 баллов, остальные — 10 и не более 50% критериев с коэффициентом важности менее 0,0224 — 30 баллов); «неудовлетворительно» (хотя бы один из критериев с коэффициентом важности 0,0224 и выше или более 50% других получили 30 баллов).

Заключение

Учет перечисленных информативных критериев позволяет определить интегральный показатель — успешность деятельности стоматологической поликлиники. Кроме того, наиболее важные критерии позволяют наметить перспективные пути совершенствования ее работы. Изложенные методические подходы обеспечивают сравнимость полученных стоматологической поликлиникой оценок в различных временных срезах, а органу управления здравоохранением предоставляют возможность объективизации анализа деятельности целого ряда поликлиник в различные периоды.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринин В. М., Караханян В. Т., Адилханян В. А. Системные вопросы оценки качества оказания стоматологической помощи населению. *Российский стоматологический журнал*. 2011;(4):35—7.
2. Коршевер Н. Г., Александров Д. А., Анастасов К. Н. Хирургическая работа в воинской части: организационная диагностика, системный подход и оптимизация. Саратов: Научная книга; 2001. 100 с.
3. Найговзина Н. Б., Лучинский А. В. Государственные гарантии на медицинскую стоматологическую помощь в амбулаторных условиях. *Стоматология*. 2015;(4):12—5.
4. Решетников В. А., Коршевер Н. Г., Сафронов В. В. Технология оптимизации территориальной системы медицинского обеспечения. Саратов: Изд. Сарат. ВМедИ; 2001. 161 с.
5. Сабиров Л. Ф., Спиридонов А. В. Оценка результативности использования методологии системного подхода в управлении многопрофильным стационаром ведомственной системы МВД по Республике Татарстан. *Общественное. здоровье и здравоохранение*. 2015;(3):62—5.
6. Бутова В. Г., Бычков В. И., Умарова К. В. Экспертиза качества стоматологической помощи. *Институт стоматологии*. 2001;3(52):14—7.

7. Вагнер В. Д., Лапина А. К., Смирнова Л. Е., Старикова Н. В. Организация контроля качества заполнения медицинской документации. *Стоматология*. 2015;6(2):48.
8. Шамликашвили И. А., Островский А. Н. Современные подходы к организации системы эффективного разрешения конфликтов в сфере оказания медицинских услуг. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2015;5(59):28—31.
9. Вялков А. И. О состоянии стоматологии в России и перспективы ее развития. *Стоматология*. 1999;(2):44—50.
10. Сабгайда Т. П., Сергиевская А. Л., Кабанова А. В., Алексеев А. В. Возрастные и социальные особенности отношения населения к профилактике стоматологических заболеваний. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2011;(2):24—7.

Поступила 22.07.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Grinin V. M., Karakhanyan V. T., Adilkhanyan V. A. Systemic issues of assessing the quality of dental care for the population. *Rossiyskiy stomatologicheskii zhurnal = Russian Dentist Journal*. 2011;(4):35—7 (in Russian).
2. Korshever N. G., Alexandrov D. A., Anastasov K. N. Surgical work in the military unit: organizational diagnostics, systemic approach and optimization [*Khirurgicheskaya rabota v voynskoy chasti: organizatsionnaya diagnostika, sistemnyy podkhod i optimizatsiya*]. Saratov: Scientific book; 2001. 100 p. (in Russian)
3. Naygovzina N. B., Luchinsky A. V. State guarantees for medical dental care on an outpatient basis. *Stomatologiya = Stomatology*. 2015;(4):12—5 (in Russian).
4. Reshetnikov V. A., Korshever N. G., Safronov V. V. Technology optimization of the territorial system of medical support [*Tekhnologiya optimizatsii territorial'noy sistemy meditsinskogo obespecheniya*]. Saratov: Publishing house of Saratov Military Medical Institute; 2001. 161 p. (in Russian).
5. Sabirov L. F., Spiridonov A. V. Evaluation of the effectiveness of using the system approach methodology in managing a multidisciplinary hospital of the departmental system of the Ministry of Internal Affairs in the Republic of Tatarstan. *Obshchestvennoye. zdorov'ye i zdavoookhraneniye = Social Health and Healthcare*. 2015;(3):62—5 (in Russian).
6. Butova V. G., Bychkov V. I., Umarova K. V. Examination of the quality of dental care. *Institut stomatologii = Institute of Stomatology*. 2001;3(52):14—7 (in Russian).
7. Wagner V. D., Lapina A. K., Smirnova L. E., Starikova N. V. Organization of quality control of filling out medical documentation. *Stomatologiya = Stomatology*. 2015;6(2):48 (in Russian).
8. Shamlikashvili I. A., Ostrovsky A. N. Modern approaches to the organization of an effective conflict resolution system in the provision of medical services. *Zdravoookhraneniye Rossiyskoy Federatsii = Health Care of Russian Federation*. 2015;(5):28—31 (in Russian).
9. Vyalkov A. I. On the state of dentistry in Russia and the prospects for its development. *Stomatologiya = Stomatology*. 1999;(2):44—50 (in Russian).
10. Sabgaida T. P., Sergievskaya A. L., Kabanova A. V., Alekseev A. V. Age and social features of the attitude of the population to the prevention of dental diseases. *Zdravoookhraneniye Rossiyskoy Federatsii = Health Care of Russian Federation*. 2011;(2):24—7 (in Russian).

© ЛИСИЧКИН А. Л., 2022
УДК 616.34.35-089:614

Лисичкин А. Л.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПРИНЦИПОВ ОКАЗАНИЯ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Центр колопроктологии ООО «МЦ «Евромедсервис», 614015, г. Пермь

Колоректальный рак остается одной из ведущих проблем современной мировой колопроктологии и онкологии. Полипы являются широко распространенной среди населения патологией толстой кишки и предиктором колоректального рака. Их своевременное выявление и удаление считается единственной действенной мерой профилактики злокачественных новообразований толстой кишки. Заболеваемость доброкачественными и злокачественными новообразованиями толстой кишки на территории Пермского края прослежена в течение 2004—2018 гг., дана оценка ее структуры и динамики. Описана компьютерная программа, позволяющая врачам и пациентам оценить вероятность обнаружения новообразований толстой кишки, способствующая расширению базы колопроктологических исследований. Предложены пути повышения эффективности прогнозирования заболеваемости колоректальным раком и полипами толстой кишки применением нейронных сетей, позволяющих путем персонализации скрининга повысить выявляемость соответствующей патологии.

Ключевые слова: колоректальный рак; полипы толстой кишки; заболеваемость; динамика заболеваемости; прогнозирование; нейронные сети; персонализация скрининга.

Для цитирования: Лисичкин А. Л. Пути совершенствования организационных принципов оказания колопроктологической помощи пациентам с новообразованиями толстой кишки. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):292—296. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-292-296>

Для корреспонденции: Лисичкин Андрей Леонидович, канд. мед. наук, директор Центра колопроктологии ООО «МЦ «Евромедсервис», e-mail: euromedservis@yandex.ru

Lisichkin A. L.

THE WAYS OF DEVELOPING ORGANIZATIONAL PRINCIPLES OF COLOPROCTOLOGIC CARE OF PATIENTS WITH LARGE INTESTINE NEOPLASMS

The Center of Coproproctology of The Society with Limited Liability “The Medical Center “Evromedservis”, 614015, Perm, Russia

The colorectal cancer remains one of leading problems of modern coloproctology and oncology. The polyps are one of pathology of colon widespread in population and predictor of colorectal cancer. Their timely detection and removal is considered as only effective measure of prevention of colon malignant neoplasms. The morbidity of colon malignant neoplasms in the Perm Kray was monitored in 2004—2018. Its structure and dynamics were evaluated. The software is described that allows both physicians and patients to evaluate probability of detecting colon neoplasms that contributes to expansion of the research database of coloproctologic studies. The ways of increasing effectiveness of predicting incidence of colorectal cancer and colon polyps were proposed on the basis of neural networks, that permit to increase detection of corresponding pathology by personalizing screening.

Keywords: colorectal cancer; colon polyps; morbidity; dynamics; prediction; neural networks; personalization; screening.

For citation: Lisichkin A. L. The ways of developing organizational principles of coloproctologic care of patients with large intestine neoplasms. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):292—296 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-292-296>

For correspondence: Lisichkin A. L., candidate of medical sciences, the Director of the Center of Coproproctology of The Society with Limited Liability “The Medical Center “Evromedservis”. e-mail: euromedservis@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 08.07.2021

Accepted 26.10.2021

Введение

Одной из ведущих проблем современной мировой колопроктологии является колоректальный рак (КРР), который по частоте занимает второе место среди злокачественных опухолей различной локализации и второе место среди причин смертности населения (15—17%) после сердечно-сосудистых заболеваний (55,4%) [1]. При КРР III—IV стадии на его долю приходится более 45% всех больных, что исключает возможность выполнения органосохраняющих эндоскопических и трансанальных микрохирургических резекций [2, 3]. Полипы толстой кишки являются облигатным предраковым заболе-

ванием, что обуславливает актуальность их своевременной диагностики и лечения [4—6].

Цель работы — оценить возможность повышения качества анализа заболеваемости, прогнозирования развития и выявляемости колопроктологической патологии у населения и разработать предложения по повышению эффективности оказания помощи колопроктологическим больным.

Материалы и методы

Изучена заболеваемость доброкачественными и злокачественными новообразованиями толстой кишки на территории Пермского края в 2004—2018 гг. Использованы формы годовых отчетов

Реформы здравоохранения

«Пермского краевого онкологического диспансера», данные региональной информационно-аналитической медицинской системы и сведения Федеральной службы государственной статистики.

Результаты исследования

Доказано, что предиктором КРР являются полипы, своевременное выявление и удаление которых на сегодняшний день считается единственной действенной мерой профилактики злокачественных новообразований толстой кишки.

На территории Пермского края с 2004 по 2018 г. доля доброкачественных новообразований в общей колопроктологической заболеваемости колебалась от 4,4 до 6,1%, среднее значение составило $5,05 \pm 0,14$, стандартное отклонение — 0,5, коэффициент вариации — 11%. Уровень заболеваемости доброкачественными заболеваниями толстой кишки за весь исследуемый период практически не изменился (+5,45%). Коэффициент корреляции с показателями онкологической заболеваемости составил 0,52.

Среди всех поводов для обращения к колопроктологу можно выделить три наиболее значимые группы нозологий: геморрой, злокачественные и доброкачественные новообразования толстой кишки. У мужчин среднее значение показателя обращений по поводу геморроя составило $34,14 \pm 4,52$ случая, коэффициент вариации — 44%. Динамика интенсивности амбулаторных обращений по поводу геморроя наиболее точно отражается полиномиальной функцией (коэффициент аппроксимации $R^2=0,87$). Потребность в колопроктологической помощи значительно возрастала с 20 до 54 лет, далее отмечалось ее снижение. Темп прироста показал наибольшее значение (69%) в группе 40—44 года, с 55—59 лет и старше отмечался значительный темп убыли.

Среднее значение показателя обращений к колопроктологу со злокачественными новообразованиями составило $9,09 \pm 1,59$ случая, коэффициент вариации 55%. Динамика интенсивности амбулаторных обращений по поводу злокачественных новообразований толстой кишки описывается полиномиальной функцией шестого порядка (коэффициент $R^2=0,90$). Темп прироста потребности в колопроктологической помощи при онкологических проблемах значительно колебался в разные возрастные периоды: от 400% в группе 30—34 лет и 250% в группе 60—64 лет, до отрицательных значений (–44% в группе 75—79 лет).

Среднее значение показателя обращений по поводу доброкачественных новообразований составило $12,58 \pm 4,18$ случая. Динамика интенсивности амбулаторных обращений по поводу доброкачественных новообразований толстой кишки также описывается полиномиальной функцией (коэффициент $R^2=0,80$). Темп прироста потребности у данной категории пациентов также показал разнонаправленные результаты со значительными колебаниями: от 122% в группе 65—69 лет, 87% в группе 35—39 лет до

Структура заболеваний, выявленных при видеокколоноскопии

Заболевание	Абс.	%
Полип(ы) толстой кишки	2459	42,4
Дивертикулез, единичные дивертикулы	1085	18,7
Дискинезия, атония	835	14,4
Катаральный, хронический проктит (колит)	528	9,1
Долихосигма, колоптоз, трансверзоптоз	441	7,6
Злокачественные новообразования толстой кишки	365	6,3
Прочие колопроктологические заболевания	87	1,5
Всего...	5800	100

отрицательных значений на уровне –57% в возрастных группах 40—44 и 70—74 лет.

Динамика амбулаторных обращений по поводу злокачественных новообразований толстой кишки практически повторяет динамику частоты амбулаторных обращений по поводу доброкачественных новообразований толстой кишки со сдвигом на один возрастной интервал и значительным ростом потребности в 55—69 лет при доброкачественных новообразованиях.

За исследуемый период в Центре колопроктологии было выполнено 5800 видеокколоноскопий, которые проводились под внутривенным наркозом пропофолом. Мужчин было 2285 (39,4%), женщин — 3515 (60,6%), возраст составлял 17—89 лет, средний возраст пациентов — $53,7 \pm 12,21$ года. Структура заболеваний, выявленных при колоноскопии, представлена в таблице.

Самой распространенной патологией толстой кишки, обнаруженной при видеокколоноскопии, были полипы, выявленные у 2459 (42,4%).

Обсуждение

В последние годы наблюдается тенденция к возрастанию заболеваемости злокачественными новообразованиями ободочной и прямой кишки, в связи с чем перед колопроктологической службой стоит задача повышения эффективности ее работы путем прогнозирования заболеваемости КРР и полипами толстой кишки. Для реализации данной цели нами предложена компьютерная программа № 2019660801, позволяющая врачам и пациентам оценить вероятность обнаружения новообразований толстой кишки.

Для расчета прогноза выявления полипов (pp) и рака (pr) толстого кишечника используются формулы:

$$pp = 0,584261617 - x_1 \cdot 0,12886236 + x_2 \cdot 0,030015926 - x_3 \cdot 0,080798036 - x_4 \cdot 0,074773777 - x_5 \cdot 0,335552755 - x_6 \cdot 0,012705468 - x_7 \cdot 0,019766686 - x_8 \cdot 0,041267678 - x_9 \cdot 0,111356689 - x_{10} \cdot 0,213899139 - x_{11} \cdot 0,102346056 - x_{12} \cdot 0,031296995;$$

$$pr = 0,001591087 - x_1 \cdot 0,021692079 + x_2 \cdot 0,022959598 - x_3 \cdot 0,068010243 - x_4 \cdot 0,027567616 - x_5 \cdot 0,031230045 - x_6 \cdot 0,058439056 - x_7 \cdot 0,06038193 - x_8 \cdot 0,070380307 - x_9 \cdot 0,009705452 + x_{10} \cdot 0,005429501 - x_{11} \cdot 0,037786772 + x_{12} \cdot 0,023109424;$$

где pp — вероятность полипов, pr — вероятность рака, x_1 — пол, x_2 — возраст (вводится фактический, а программа автоматически переносит в соответствующую группу), x_3 — дискинезия, синдром раздраженной толстой кишки, x_4 — эрозивный проктит, сигмоидит, x_5 — неспецифический язвенный

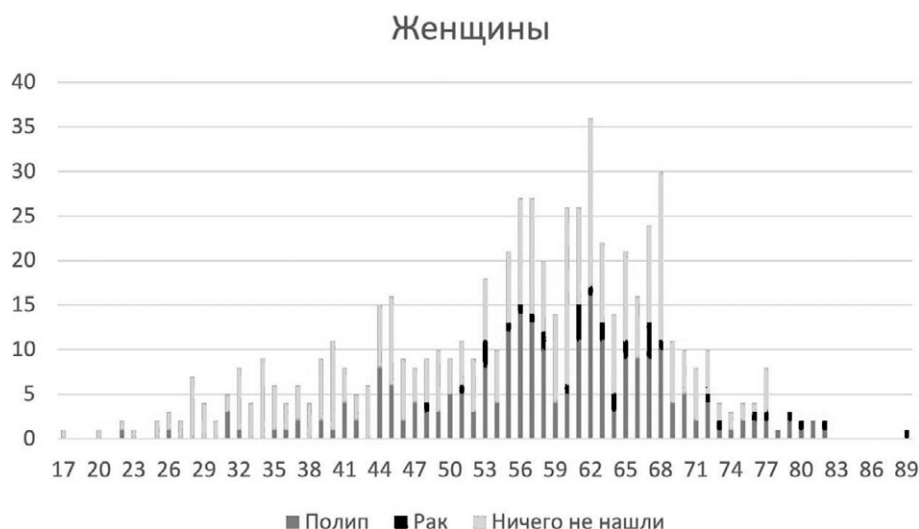


Рис. 1. Распределение количества выявленных заболеваний по возрастам для женщин (в абс. ед.).

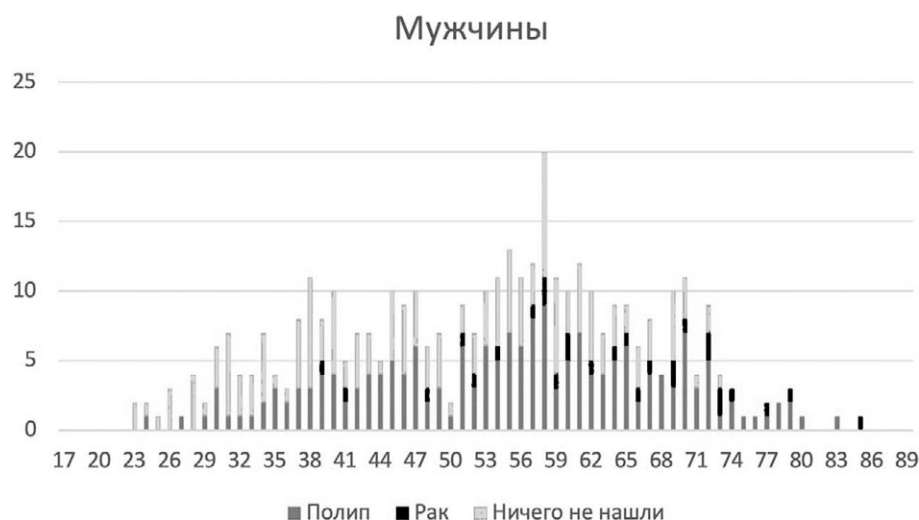


Рис. 2. Распределение количества выявленных заболеваний по возрастам для мужчин (в абс. ед.).

колит, x_6 — катаральный проктит, сигмоидит, x_7 — дивертикулез, x_8 — липома, x_9 — долихо сигма, долихоколон, птоз, x_{10} — синдром Пайра, x_{11} — спаечный процесс в брюшной полости, x_{12} — житель города или деревни.

Также нами разработана компьютерная программа, позволяющая определить процент населения, подверженного заболеванию раком и полипами толстой кишки, в определенном регионе проживания среди различных возрастных групп. Среди методов прогнозирования заболеваемости как наиболее перспективный можно отметить метод искусственных нейронных сетей, который показывает свою эффективность в условиях стабильности, существующей и сохраненной тенденций [7—9].

В предложенной программе обучали нейронную сеть на прогноз процента населения, подверженно-го заболеванию раком и полипами толстой кишки, в определенном регионе проживания среди различных возрастных групп. В качестве входа программы

подается таблица в формате Exls с пятью столбцами. Первый из них содержит информацию о возрастных промежутках в формате $N—M$, где N и M — числа, показывающие крайние возрасты промежутка. Второй столбец таблицы содержит информацию о количестве мужчин в каждом возрастном промежутке, проживающих в городской местности данного региона. Третий столбец содержит информацию о количестве женщин в каждом возрастном промежутке, проживающих в городской местности данного региона. Четвертый содержит информацию о количестве мужчин в каждом возрастном промежутке, проживающих в сельской местности данного региона. Пятый столбец содержит информацию о количестве женщин в каждом возрастном промежутке, проживающих в сельской местности данного региона.

Результатом работы программы является таблица в Exls формате, содержащая данные о вероятном количестве лиц, подверженных заболеванию раком и полипами толстой кишки, в каждой заданной возрастной категории.

Дополнительным функционалом программы является возможность расчета возрастной группы, для которой количество обследуемых с невыявленным заболеваниями минимально. Это позволяет спланировать оптимальное количество процедур

колоноскопии, которые необходимы в данной возрастной категории в данном регионе для своевременной диагностики и, следовательно, предупреждения развития заболеваний до стадий, на которых лечение затруднено.

Для обучения доступен датасет из 6 тыс. наблюдений, каждое из которых имеет следующие признаки: возраст, пол, житель города или села, наличие рака, наличие полипа. После проведения разведочного анализа данных (EDA) выявлены следующие признаки:

1. Больше всего наблюдаемых было в возрасте 63 лет, чуть меньше 56—58-летних. Большая часть наблюдений приходится на возрастной промежуток от 35 до 72 лет.

2. Возраст большинства обследованных женщин находится в промежутке 53—68 лет. Наименьшее число женщин, у которых при обследовании не выявлено заболеваний, представлены группами пациентов в возрасте 48, 36, 38, 47 и 50 лет (рис. 1).

Реформы здравоохранения

3. Возраст большинства обследованных мужчин находится в промежутке 37—72 лет. Для мужчин в возрасте 68, 71, 50, 44 и 36 лет было отмечено наименьшее число отсутствия заболеваний (рис. 2).

Прогноз параметров заболеваемости для всей популяции по выборке является задачей индуктивной статистики, что означает обобщение информации из выборки для получения представления о свойствах генеральной популяции. Для решения данной задачи использовалась нейронная сеть логистической регрессии, так как именно она хорошо зарекомендовала себя в решении задач прогнозирования вероятности возникновения некоторого события по значениям признаков [10]. Линейный классификатор подразумевает разделение признакового пространства (возраст, пол, житель города/села) гиперплоскостью на две зоны, при этом в каждой отдельно прогнозируется одно из двух значений целевого класса, в нашем случае болезни (рак/полип).

Логистическая регрессия может принимать любое количество числовых или категориальных признаков, ее функция имеет следующий вид:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_px_p)}}.$$

Задача оптимизации заключается в поиске оптимальных параметров модели для минимизации целевой функции с использованием тренировочной выборки. Для данной задачи был выбран алгоритм координатного спуска (CD), который позволяет решать оптимизационные задачи путем последовательного выполнения приближенной минимизации вдоль координатных направлений или координатных гиперплоскостей. Данный подход хорошо применим для небольших выборок, как в данном случае. Целевая функция выглядит следующим образом:

$$\min_{\omega, c} \frac{1}{2} \omega^T \omega + c \sum_{i=1}^n \log(\exp(-y_i(X_i^T \omega + c)) + 1),$$

где ω — это матрица весов модели, y_i — целевое значение i , X_i — входные параметры i , c — константа.

За целевое значение y_i приняли количество заболевших в каждой возрастной группе. Входные параметры X_i , передающиеся на вход алгоритму оптимизации для каждого возраста, — пол, возраст, район региона (город или село). Данные для обучения представлены в виде параметров-предикторов (пол, возраст, район региона) и целевого значения для них, т. е. количество заболевших с данными параметрами. Значения, полученные в процессе итеративной обработки параметров-предикторов, минимизируются в процессе тренировки нейросети. Внутренние веса нейросетевой модели изменяются, уменьшаясь на основе тренировочных данных. В результате обработки данных алгоритмом оптимизации были получены веса нейросети, которые в последующем применялись для прогнозирования количества заболевших.

Для решения задачи поиска возрастов группы наибольшего риска применялся датасет из 6 тыс. наблюдений обследуемых с записями о признаках: возраст, пол, житель города или села, наличие рака, наличие полипа. Также в признаках содержалась информация о наличии какого-либо заболевания у наблюдаемого; со значениями 0, если заболевание не найдено, и 1, если найдено одно из двух: рак или полип. Для каждого возраста было взято суммарное количество наблюдений, для которых заболевание не найдено, т. е. содержит 0 в соответствующей графе.

Отдельно для мужчин и для женщин были взяты 5 возрастных групп наблюдаемых, для которых суммарное количество наблюдений без патологий было минимальным. Группы лиц до 35 лет и старше 71 года в расчет не брались. Для доступного к обучению датасета это возраста:

для женщин — 48, 36, 38, 47 и 50 лет;

для мужчин — 68, 71, 50, 44 и 36 лет.

Основным допущением является то, что выборка репрезентативна для популяции. В выдаче результата программы исключены группы до 35 лет и после 71 как имеющие недостаточное количество исследований. Если возрастной интервал входной таблицы содержит в качестве крайнего значения числа больше 71 или меньше 35, программа выдаст соответствующую ошибку. Обязательным условием корректной работы программы является подача на вход таблицы, где возрастные интервалы входят в промежуток от 35 лет до 71 года.

Заключение

Персонализированная диагностика заболеваний, основанная на прогнозировании возрастных периодов вероятных заболеваний человека и принятии своевременных профилактических мер, существенно способствует снижению заболеваемости населения. Для повышения эффективности выявления новообразований толстой кишки предложено прогнозирование заболеваемости с применением искусственных нейронных сетей, позволяющих с помощью обучения на основе имеющихся данных решать задачи по ранней персонализированной диагностике.

Разработанная программа позволяет:

- Прогнозировать вероятное число лиц, подверженных развитию одного из заболеваний: рака либо полипов.
- Оптимизировать данные о прогнозе заболеваемости в отдельных возрастных категориях.
- Благодаря определению возрастной группы с наименьшим числом лиц с не выявленными заболеваниями возможно прогнозирование оптимального количества процедур колоноскопии, необходимых в данной возрастной категории в конкретном регионе для ранней диагностики и предупреждения развития заболеваний.

Программа имеет вид нейросети, следовательно, допускается возможность обучения на большем

объеме данных. Выдача предсказаний может быть более репрезентативна, если переданные для обучения данные будут содержать большее количество информации об исследованиях в каждом возрасте.

Использование предложенного метода прогнозирования заболеваемости является одним из важных направлений дальнейшего совершенствования и повышения эффективности оказания колопроктологической помощи больным с новообразованиями толстой кишки.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Aleksandrova K., Reichmann R., Kaaks R. Development and validation of a lifestyle-based model for colorectal cancer risk prediction: the LiFeCRC score. *BMC Med.* 2021. doi: 10.1186/s12916-020-01826-0
2. Гаязова А. Ф., Болотнова Т. В. Выявление пациентов с высоким риском развития предраковых заболеваний толстой кишки на амбулаторном этапе. *Кубанский научный медицинский вестник.* 2019;26(6):28—36.
3. Marsano J. Comparison of colon adenoma detection rates using cap-assisted and Endocuff-assisted colonoscopy: a randomized controlled trial. *Endosc. Int. Open.* 2019;7(12):1585—91.
4. Салмин Р. М., Салмина А. В. Полипы толстой кишки: распределение пациентов по возрасту, полу, месту проживания (Гродненская область в 2020 году). *Евразийский Союз Ученых (ЕСУ).* 2020;80(11):46—7.
5. Perea García J. Association of Polyps with Early-Onset Colorectal Cancer and Throughout Surveillance: Novel Clinical and Molecular Implications. *Cancers (Basel).* 2019;11(12):1900.
6. Montminy E. M., Jang A., Conner M., Karlitz J. J. Screening for Colorectal Cancer. *Med. Clin. North Am.* 2020;104(6):1023—36.
7. Головкин В. А. Нейронные сети: обучение, организация и применение. М.: ИПРЖР; 2001. 256 с.
8. Петров С. Б., Шешунов И. В. Оценка эффективности применения искусственных нейронных сетей в медико-экологических

исследованиях. *Фундаментальные исследования.* 2013;(9—6):1098—101.

9. Lundberg S. M. Explainable. Machinelearning predictions for the prevention of hypoxaemia during surgery. *Nat. Biomed. Eng.* 2018;2:749—60.
10. Кондратьев М. А. Методы прогнозирования и модели распространения заболеваний. *Компьютерные исследования и моделирование.* 2013;5(5):863—82.

Поступила 08.07.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Aleksandrova K., Reichmann R., Kaaks R. Development and validation of a lifestyle-based model for colorectal cancer risk prediction: the LiFeCRC score. *BMC Med.* 2021. doi: 10.1186/s12916-020-01826-0.
2. Gayazova A. F., Bolotnova T. V. Identification of patients with a high risk of developing precancerous diseases of the colon at the outpatient stage. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik.* 2019;26(6):28—36 (in Russian).
3. Marsano J. Comparison of colon adenoma detection rates using cap-assisted and Endocuff-assisted colonoscopy: a randomized controlled trial. *Endosc. Int. Open.* 2019;7(12):1585—91.
4. Salmin R. M., Salmina A. V. Colon polyps: distribution of patients by age, gender, place of residence (Grodno region in 2020). *Evrasiyskiy Soyuz Uchenykh (ESU).* 2020;80(11):46—7 (in Russian).
5. Perea García J. Association of Polyps with Early-Onset Colorectal Cancer and Throughout Surveillance: Novel Clinical and Molecular Implications. *Cancers (Basel).* 2019;11(12):1900.
6. Montminy E. M., Jang A., Conner M., Karlitz J. J. Screening for Colorectal Cancer. *Med. Clin. North Am.* 2020;104(6):1023—36.
7. Golovko V. A. Neural networks: Learning, organization, and application [*Neyronnyye seti: obucheniye, organizatsiya i primeneniye*]. Moscow: IPRZhR; 2001. 256 p. (in Russian).
8. Petrov S. B., Sheshunov I. V. Evaluation of the effectiveness of artificial neural networks in medical and environmental research. *Fundamental'nye issledovaniya.* 2013;9(6):1098—101 (in Russian).
9. Lundberg S. M. Explainable. Machinelearning predictions for the prevention of hypoxaemia during surgery. *Nat. Biomed. Eng.* 2018;2:749—60.
10. Kondrat'ev M. A. Methods of forecasting and models of the spread of diseases. *Komp'yuternye issledovaniy ai modelirovaniye.* 2013;5(5):863—82 (in Russian).

Из опыта организатора здравоохранения

© БОГУШ Е. А., ДВОЙНИКОВ С. И., 2022
УДК 614.212

Богущ Е. А., Двойников С. И.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К РАБОТЕ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, 443099, г. Самара

В условиях реструктуризации здравоохранения деятельность сестринского персонала должна соответствовать требованиям, предъявляемым пациентами и органами управления здравоохранением к доступности и качеству медицинской помощи, организации работы персонала медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь населению. Без оптимизации человеческих, материальных и финансовых ресурсов для достижения определенной цели в современных условиях невозможно развитие любой сферы человеческой деятельности.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения научный и практический интерес представляют исследования, посвященные организации, внедрению и применению новых организационных технологий для повышения эффективности работы персонала, что позволяет существенно повысить качество медицинского обслуживания каждого пациента.

Представлена новая модель деятельности медицинского персонала, которая была организована путем перераспределения функциональных обязанностей среднего и младшего медицинского персонала с целью высвобождения времени для непосредственной работы с пациентами. По результатам фотохронометражных данных вспомогательная и прочая деятельность после принятых организационных мероприятий перераспределась, а в результате при повторном проведении фотохронометражных данных время основной деятельности увеличилось. Все это привело к увеличению удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи в целом.

Ключевые слова: инновационные технологии, сестринский персонал, пациентоориентированный подход, онкология.

Для цитирования: Богущ Е. А., Двойников С. И. Инновационный подход к работе в специализированной медицинской организации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):297—300. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-297-300>

Для корреспонденции: Богущ Екатерина Александровна, ассистент кафедры сестринского дела Самарского государственного медицинского университета, e-mail: bogush.ea@mail.ru

Bogush E. A., Dvoynikov S. I.

THE INNOVATIVE APPROACH TO WORK IN SPECIALIZED MEDICAL ORGANIZATION

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Samara State Medical University” of Minzdrav of Russia, 443099, Samara, Russia

In the context of restructuring of health care, activities of nursing staff should meet requirements demanded by patients and health care authorities to accessibility and quality of medical care, organization of work of personnel in medical organizations providing medical care to population.

Actually, without optimizing of human, material and financial resources it is impossible to develop any sphere of human activity.

At the actual stage of development of national health care, studies of issues related to organization, implementation and application of new organizational technologies improving efficiency of staff that can significantly improve quality of medical care are of special scientific and practical interest.

The new model of medical personnel activity is presented that was organized by redistributing functional responsibilities of para and junior medical personnel in order to free up time for working directly with patients. According to results of photo-timekeeping, auxiliary and other activities were redistributed after organizational measures were taken and when photo-timekeeping was repeated, time of main activity increased. All this resulted in increase of patients satisfaction with quality of medical care in general.

Keywords: innovative technologies; nursing staff; patient-oriented approach; oncology.

For citation: Bogush E. A., Dvoynikov S. I. The innovative approach to work in specialized medical organization. *Problemy socialnoy gigiyeni, zdrazvookhraneniya i istorii meditsiny*. 2022;30(2):297—300 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-297-300>

For correspondence: Bogush E. A., the assistant of the Chair of Medical Nursing Business of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Samara State Medical University”. e-mail: bogush.ea@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 22.06.2021
Accepted 26.10.2021

Введение

В большинстве стран мира кадровое обеспечение системы здравоохранения переживает кризис. Су-

ществует хронический дефицит медицинских работников, обусловленный недостаточными инвестициями в их подготовку, низкой заработной пла-

той, тяжелыми условиями труда и высокой психологической нагрузкой. Неэффективное использование специалистов сестринского дела сказывается на снижении качества медицинской помощи населению.

Медицинские сестры работают с пациентами на протяжении всего периода лечения. Именно от степени их профессионализма зависит качество оказания медицинской помощи.

В настоящее время низкое кадровое обеспечение системы здравоохранения в Российской Федерации осложняется неэффективной политикой в области использования медицинских работников. Многие специалисты сестринского дела не мотивированы к работе в учреждениях здравоохранения. Реформы системы здравоохранения позволяют надеяться на изменение отношения общества к работе сестринского персонала и создают возможности для внедрения современных технологий сестринского ухода.

В Концепции развития здравоохранения до 2020 г. в качестве основных задач в области кадрового обеспечения были заявлены устранение дублирующих функций и перераспределение функций между врачами и медицинскими сестрами, развитие правовой базы, определяющей профессиональную деятельность персонала со средним медицинским образованием. Согласно современной концепции развития сестринского дела медицинская сестра должна быть высококвалифицированным специалистом, партнером врача и пациента, способным к самостоятельной работе совместно с другими медицинскими работниками.

Одним из инструментов оценки труда специалиста сестринского дела являются хронометражные методы исследования, которые позволяют не только получить результаты затрат рабочего времени и определить причины низкой результативности деятельности специалиста, но и разработать подходы к совершенствованию организации работы персонала.

Нами был произведен анализ затрат рабочего времени сестринского персонала на базе ГБУЗ «Самарский областной клинический диспансер» (далее — ГБУЗ СОКОД). В исследовании участвовали 183 медицинские сестры из 9 хирургических отделений, их них 22 (12%) медицинские сестры перевязочной, 32 (17,5%) медицинские сестры процедурной и 129 (70,5%) палатных медицинских сестер. В течение 3 нед была проанализирована работа специалистов сестринского дела дневных и ночных дежурных смен.

Было установлено, что основные потери рабочего времени происходят из-за дополнительной нагрузки (вспомогательная и прочая деятельность), не связанной напрямую с сестринской деятельностью, чрезмерной загруженности работой с документацией, а также большого количества пациентов, приходящихся на одного специалиста.

Все эти факторы мешают медицинским работникам среднего звена в полной мере выполнять свои

прямые обязанности, обозначенные в классификаторе как «основная деятельность». Для повышения производительности труда медицинских сестер ГБУЗ СОКОД необходимо сконцентрировать специалистов сестринского дела на выполнении сестринских манипуляций, процедур и осуществлении специализированного ухода.

В результате фотохронометражных исследований выявлен резерв времени у медицинских сестер за счет перераспределения части функций с младшим медицинским персоналом и возможного сокращения вспомогательной и прочей деятельности немедицинского характера.

Для оптимизации работы весь младший медицинский персонал был перераспределен на уборщиков служебных помещений, санитарок и младших медицинских сестер по уходу за больными. Из них одни непосредственно осуществляли уход за пациентами в отделениях, а другие занимались транспортировкой пациентов. Тем самым мы смогли улучшить качество уборки, ухода и транспортировки, рациональнее использовать рабочее время младшего медицинского персонала, делая работу более пациентоориентированной.

Для доставки пациентов в операционный блок, на обследования был организован отдел транспортировки [1—4]. Он укомплектован младшими медицинскими сестрами по уходу за больными, которые занимаются только транспортировкой пациентов внутри диспансера по схеме: транспортировка пациентов из палаты в операционный блок, из операционной в палаты пробуждения, из палат пробуждения в палату, а также из отделения реанимации и интенсивной терапии в общую палату пребывания в период госпитализации.

Также была открыта новая система профессиональной уборки и дезинфекции (клининг) в ГБУЗ СОКОД, которая была укомплектована уборщиками служебных помещений, что позволило улучшить качество проведения всех видов уборки в палатах и административно-хозяйственных помещениях [2, 5].

Основной задачей отделения профессиональной уборки и дезинфекции является проведение в лечебно-диагностических отделениях ГБУЗ СОКОД профилактической дезинфекции:

- профессиональной уборки и дезинфекции помещений, предметов обстановки, медицинской мебели;
- обеззараживания, комплектации уборочного оборудования, инвентаря и расходного материала;
- контроля эффективности проведенных дезинфекционных мероприятий.

В Самаре это одно из первых медицинских учреждений, обеспечивающих европейские нормы профессиональной уборки. Весь технически устаревший инвентарь заменяется на новый профессиональный, введена «безведерная» технология уборки, исключающая использование ведер и тряпок (ветоши). Для обработки напольных покрытий и обезза-

Из опыта организатора здравоохранения



Рис. 1. Уборочный инвентарь.

раживания помещений используются специальные швабры с mop-насадками и салфетки для обработки поверхностей, дифференцированные по цвету в зависимости от назначения (рис. 1).

В деятельности медицинской сестры ГБУЗ СОКОД следует выделить работу по уходу за пациентами, манипуляционную деятельность, работу по выполнению режимных (санитарно-эпидемиологических) требований.

Для снижения количества сотрудников, допущенных к работе с наркотическими средствами (НС) и психотропными веществами (ПВ), и для снятия части функций с медицинской сестры «универсальной» по заполнению документации и работе с НС и ПВ было организовано отделение обезболивания [3].

Преимущества открытия отделения обезболивания — централизация хранения наркотических средств и психотропных веществ, снижение затрат

ФНО пациента: _____ **Карта сестринской оценки пациента** № палаты _____
 Отделение: _____ № истории болезни _____

Наименование	время контроля	дата															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
Персональная гигиена	1 смена																
	Подпись																
	2 смена																
Прием пищи	1 смена																
	Подпись																
	2 смена																
Подлежит наблюдению или нуждается в индивидуальном уходе	1 смена																
	Подпись																
	2 смена																
Состояние и риски падения	1 смена																
	Подпись																
	2 смена																
Наличие центрального катетера	1 смена																
	Подпись																
	2 смена																
Осмотр на педикулёз	1 смена																
	Подпись																

Пояснения к оформлению карты сестринской оценки пациента

Наименование	баллы	Пояснения по присвоению и проставлению баллов
Персональная гигиена	10	Нуждается в помощи при проведении процедур личной гигиены (чистка зубов, умывание лица, бритье, подмывание)
	5	Частично нуждается в помощи медперсонала
	0	Независим при проведении личной гигиены
Прием пищи	10	Полностью зависит от помощи медперсонала (необходимо кормление через зонд, гастростому)
	5	Частично нуждается в помощи медперсонала
	0	Не нуждается в помощи медицинского персонала (способен есть самостоятельно, обучен питанию через гастростому)
Подлежит наблюдению или нуждается в индивидуальном уходе	10	По назначению лечащего врача подлежит наблюдению дежурной смены и дежурного врача. Нуждается в индивидуальном уходе.
	0	По назначению лечащего врача не подлежит наблюдению дежурной смены и дежурного врача. Не нуждается в индивидуальном уходе.
Поведение (состояние) и риски падения	10	Возможен риск падения
	5	Агрессивное поведение (возбужденное состояние)
	0	Спокойное адекватное поведение
Уход за центральным катетером	"+"	Наличие центрального венозного доступа (осуществление ухода за центральным катетером на основании алгоритма)
	"-"	Отсутствие центрального венозного доступа

Рис. 2. Карта сестринской оценки пациента.

на обеспечение круглосуточной сигнализацией помещений для хранения НС и ПВ отделений стационара с 9 до 1 помещения, ограничение допуска лиц к работе с НС и ПВ в отделениях стационара с 230 до 11 человек, повышение контроля качества их работы, централизация ведения учетно-отчетной документации регистрации оборота НС и ПВ и повышение качества контроля.

Оптимизация работы персонала ГБУЗ СОКОД привела к высвобождению части времени у медицинской сестры «универсальной», которая была направлена на выполнение ее основной деятельности, тем самым делая подход более пациентоориентированным.

С целью мониторинга за состоянием пациента была разработана «Карта сестринской оценки пациента» (рис. 2).

Повторное изучение затрат рабочего времени специалистов сестринского дела (фотохронометражные исследования) показало, что выполнение основных обязанностей медицинской сестры онкологического отделения составило 56,8% рабочего времени, т. е. в абсолютном выражении увеличилось почти в 2 раза по сравнению с аналогичными показателями медицинской сестры палатной и процедурной.

Заключение

Перераспределение функционала медицинского персонала привело к уменьшению нагрузки с 25, как было ранее, до 8—10 пациентов на одну медицинскую сестру, а также к повышению качества и удовлетворенности пациентов сестринской помощью, что подтверждено результатами анкетирования 410 пациентов: удовлетворенность сестринским уходом увеличилась у 89,1%; уверенность в оказании качественной медицинской помощи — у 67,2%, снижение чувства тревоги перед операцией — у 53,9%.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Богуш Е. А., Пятикоп В. М. Новые технологии в деятельности сестринского персонала — основа обеспечения качества медицинской помощи. *Успехи современной науки*. 2017;9(4):9—11.
2. Пятикоп В. М., Иванова Е. Г., Карасева Л. А. Уборка помещений лечебного учреждения должна быть профессиональной. *Медсестра*. 2016;120(10):24—7.
3. Пятикоп В. М. Рациональный подход в организации обезболивания в ГБУЗ СОКОД. В кн.: *Здравоохранение и образовательное пространство: интеграции и перспективы взаимодействия: Сборник научно-практических статей*. Самара: Инсома-пресс; 2016.
4. Пятикоп В. М. Опыт работы сестринской службы онкологического диспансера по результатам внедрения инновационных проектов. В кн.: *Новые технологии в онкологии: Сборник материалов ежегодной научно-практической конференции*. Самара: ООО «Акцент»; 2016.
5. Синева Т. В., Пятикоп В. М. Внедрение профессионального клининга в медицинских организациях. *Медсестра*. 2017;123(1):14—8.

Поступила 22.06.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Bogush E. A., Pyatikop V. M. New technologies in the activities of nursing staff — the basis for ensuring the quality of medical care. *Uspexhi sovremennoy nauki = Successes of modern science*. 2017;9(4):9—11 (in Russian).
2. Pyatikop V. M., Ivanova E. G., Karaseva L. A. Leaning of the premises of a medical institution should be professional. *Medsestra = Nurse*. 2016;120(10):24—7 (in Russian).
3. Pyatikop V. M. Rational approach in the organization of anesthesia in the State Medical Institution SOKOD. In: *Healthcare and educational space: integration and prospects of interaction: Collection of scientific and practical articles [Zdravookhraneniye i obrazovatel'noye prostranstvo: integratsii i perspektivy vzaimodeystviya: Sbornik nauchno-prakticheskikh statey]*. Samara: Insoma-Press; 2016 (in Russian).
4. Pyatikop V. M. The experience of the nursing service of an oncological dispensary based on the results of the implementation of innovative projects. In.: *New technologies in oncology: Collection of materials of the annual scientific and practical conference [Novyye tekhnologii v onkologii. Sbornik materialov yezhegodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii]*. Samara: Accent LLC; 2016 (in Russian).
5. Sineva T. V., Pyatikop V. M. Introduction of professional cleaning in medical organizations. *Medsestra = Nurse*. 2017;123(1):14—8 (in Russian).

Образование и кадры

© МАКАРОВ С. В., ГАЙДАРОВ Г. М., 2022
УДК 614.2

Макаров С. В., Гайдаров Г. М.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АККРЕДИТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ КАК МЕРЫ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЙ ПОВЫШЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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

Одной из важнейших задач при переходе к первичной аккредитации специалистов здравоохранения является повышение укомплектованности первичного звена. Она достижима за счет использования выпускниками медицинских вузов возможности трудоустроиться участковыми врачами-терапевтами и педиатрами без обучения в ординатуре. Целью исследования стала оценка влияния на повышение численности врачей первичного звена их допуска к профессиональной деятельности после первичной аккредитации. Исследование, проведенное на базе Иркутского государственного медицинского университета, позволило дать объективную количественную оценку данному явлению. Выявлено, что лишь каждый пятый выпускник по специальности «Лечебное дело» и «Педиатрия» трудоустроивается участковым врачом, в половине случаев совмещая эту работу с обучением в ординатуре, что в последующем приводит к уходу из первичного звена. Лишь каждый десятый продолжает работать в данной должности в течение 3–5 лет.

Ключевые слова: первичная аккредитация; выпускники медицинских вузов; врачи; участковые врачи-терапевты; участковые врачи-педиатры; первичное звено здравоохранения.

Для цитирования: Макаров С. В., Гайдаров Г. М. Оценка эффективности аккредитации выпускников медицинских вузов как меры, обеспечивающей повышение численности врачей первичного звена здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):301–306. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-301-306>

Для корреспонденции: Макаров Сергей Викторович, канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФБГОУ ВО ИГМУ Минздрава РФ, e-mail: orgnursing@gmail.com

Makarov S. V., Gaydarov G. M.

THE EVALUATION OF EFFICIENCY OF ACCREDITATION OF GRADUATES OF MEDICAL UNIVERSITIES AS A MEASURE SUPPORTING INCREASE OF NUMBERS OF PHYSICIANS IN PRIMARY HEALTH CARE SECTION

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Irkutsk State Medical University” of Minzdrav of Russia, 664003, Irkutsk, Russia

One of the most important tasks in transition to primary accreditation of health care professionals is increasing manning of primary health care section. It is achievable at the expense of opportunity for graduates of medical universities to find employment as district physicians and pediatricians without residency training. The purpose of the study was to assess impact on increasing of number of physicians of primary health care section of their admission to professional activities after primary accreditation. The study was carried out in the Irkutsk State Medical University provided objective quantitative evaluation of this occurrence. It was revealed that only every fifth graduate in specialty “General Medicine” and “Pediatrics” is employed as district physician, in half of cases combining this work with residency training, that subsequently results in leaving primary health care section. Only one out of ten continues to work in this position during 3–5 years.

Keywords: primary accreditation; graduates of medical universities; physician; district physician; district pediatrician; primary health care section.

For citation: Makarov S. V., Gaydarov G. M. The evaluation of efficiency of accreditation of graduates of medical universities as a measure supporting increase of numbers of physicians in primary health care section. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):301–306 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-301-306>

For correspondence: Makarov S. V., candidate of medical sciences, associate professor of the Chair of Public Health and Health Care of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Irkutsk State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: orgnursing@gmail.com

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

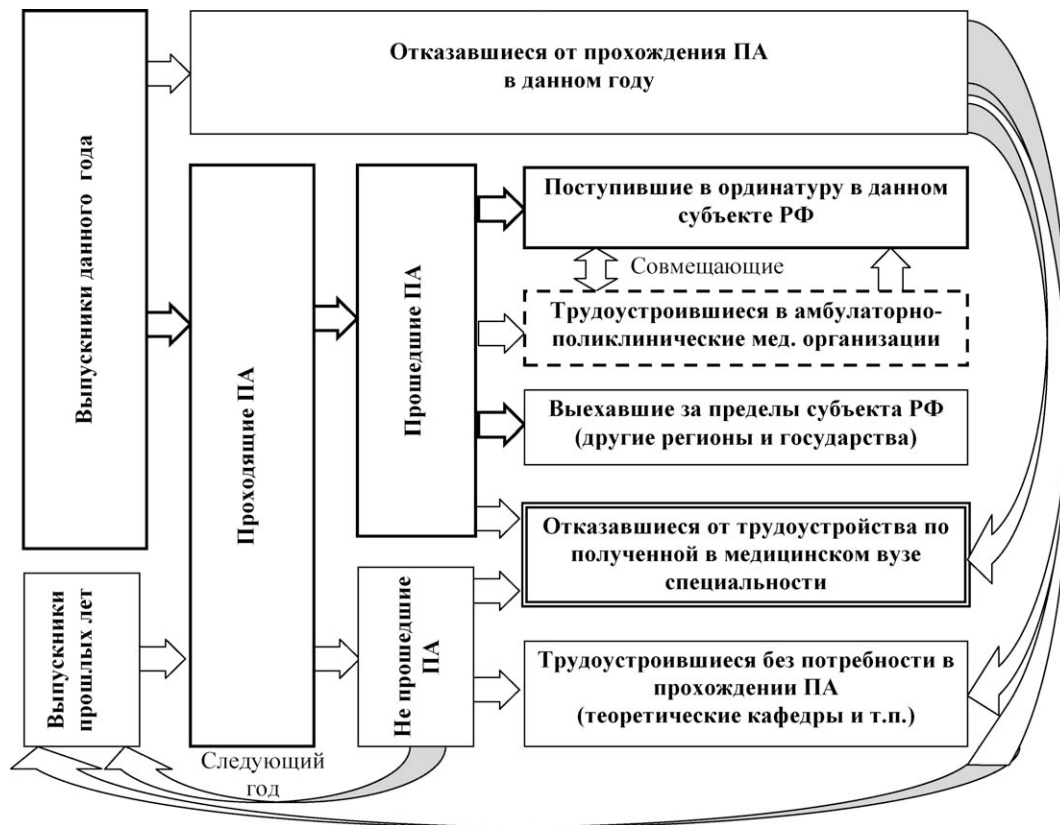
Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 22.06.2021
Accepted 26.10.2021

Введение

Важнейшим направлением развития отечественной системы здравоохранения является внедрение инновационных технологий в процесс подготовки врачебных кадров. Реализация модели подготовки

врача, получающего допуск к профессиональной деятельности в первичном звене здравоохранения непосредственно после прохождения первичной аккредитации (ПА), признана перспективным направлением преобразований в данной сфере [1–3]. Поэтапный переход к аккредитации специалистов здра-



Структура образовательно-профессиональных траекторий выпускников медицинского вуза в зависимости от прохождения ПА.

вохранения начался в 2016 г. в соответствии со ст. 69 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Категории специалистов, подлежащих аккредитации, были определены приказом Министерства здравоохранения РФ от 02.06.2016 № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов». В 2016 г. процедуру ПА начали проходить выпускники медицинских вузов по специальностям «Стоматология» и «Фармация», а с 2017 г. — выпускники по остальным специальностям, включая «Лечебное дело» и «Педиатрия», представители которых имеют возможность трудоустроиться в первичном звене здравоохранения в должности участковых врачей-терапевтов и педиатров непосредственно после прохождения ПА. Именно они призваны наполнить первичное звено системы здравоохранения [4, 5]. В связи с этим оценка эффективности ПА в данной роли имеет высокую актуальность.

Материалы и методы

Нами было предпринято исследование, целью которого стала оценка влияния на повышение численности врачей первичного звена их допуска к профессиональной деятельности после ПА. Базой исследования стал ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (ИГМУ). Объектом исследования являлись его выпускники по специальностям «Лечебное де-

ло» и «Педиатрия», приступившие к профессиональной деятельности в качестве участковых врачей непосредственно после прохождения ПА за период 2017—2021 гг., т. е. с момента ее внедрения. В качестве статистического инструментария использовались специально разработанные статистические карты, в которые сплошным методом за период исследования вносилась информация из личных дел студентов ИГМУ, протоколов заседания аккредитационной подкомиссии. Сведения о трудоустройстве выпускников вносились в данные карты из Федерального регистра медицинских работников (ФРМР). Общее число обработанных статистических карт за весь период исследования составило 1539.

Результаты исследования

Выпускники медицинского вуза могут быть разделены на несколько групп в зависимости от прохождения ими ПА (см. рисунок). Основной поток выпускников проходит ПА сразу после завершения специалитета в текущем году. К ним добавляются те, кто по разным причинам не прошел ее ранее. Ряд выпускников, преимущественно граждане иностранных государств, отказываются от прохождения ПА, являющейся добровольной процедурой. Не прошедшие ПА в данном году имеют возможность пройти ее в следующем. Отказавшиеся от прохождения ПА выпускники либо не прошедшие ее имеют возможность трудоустройства без пройденной ак-

Таблица 1

Структура групп выпускников ИГМУ по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия», прошедших ПА в 2017—2021 гг.

Показатель	Год выпуска					Среднее за 2017—2021 гг.	Темп прироста за 2017—2021 гг., %
	2017	2018	2019	2020	2021		
«Лечебное дело» (очная форма обучения)							
Количество выпускников, абс.	145	201	185	176	191	179,6	+31,7
Доля прошедших ПА, % от количества выпускников	92,4	82,6	85,4	35,8	90,6	77,4	-1,9
Доля поступивших в ординатуру, %	61,5	59,4	64,5	59,9	68,2	62,7	+10,9
Доля трудоустроившихся врачами, %	14,5	20,4	25,4	22,7	28,3	22,3	+95,2
Доля трудоустроившихся СМР, %	20,7	26,4	22,7	27,3	26,7	24,8	+29,0
«Лечебное дело» (очно-заочная форма обучения)							
Количество выпускников, абс.	54	44	49	59	—	51,5	+9,3
Для прошедших ПА, % от количества выпускников	5,6	90,9	91,8	61,0	—	62,3	+989,3
Доля поступивших в ординатуру, %	79,7	66	69,4	66,2	—	70,3	-16,9
Доля трудоустроившихся врачами, %	0	20,5	46,9	25,4	—	23,2	—
Доля трудоустроившихся СМР, %	70,4	40,9	34,7	42,4	—	47,1	-39,8
«Лечебное дело» (всего)							
Количество выпускников, абс.	199	245	234	235	191	220,8	-4,0
Доля прошедших ПА, % от количества выпускников	68,8	84,1	86,8	42,1	90,6	74,5	+31,7
Доля поступивших в ординатуру, %	66,5	60,5	65,5	61,4	68,2	64,4	+2,6
Доля трудоустроившихся врачами, %	10,6	20,4	29,9	23,4	28,3	22,5	+167,0
Доля трудоустроившихся СМР, %	34,2	29	25,2	31,1	26,7	29,2	-21,9
«Педиатрия»							
Количество выпускников, абс.	62	88	99	83	103	87	+66,1
Доля прошедших ПА, % от количества выпускников	87,1	88,6	84,8	42,2	99,0	80,3	+13,7
Доля поступивших в ординатуру, %	56,6	46,7	62,6	28,9	72,9	53,5	+28,8
Доля трудоустроившихся врачами, %	11,3	38,6	21,2	30,1	31,1	26,5	+175,2
Доля трудоустроившихся СМР, %	22,6	31,8	39,4	28,9	39,8	32,5	+76,1

Примечание. СМР — средний медицинский работник.

кредитации, если их профессиональная деятельность не связана с клинической практикой. Прошедшие все три этапа ПА выпускники получают возможность трудоустроиться в первичном звене здравоохранения в качестве участковых врачей — терапевтов или педиатров, в то время как прохождения первого из этапов ПА — тестирования — достаточно для поступления в ординатуру, обучение в которой многие выпускники совмещают с работой в первичном звене здравоохранения. Очевидно, что подавляющее большинство последних уйдут из первичного звена после получения ими специальности в ординатуре. Кроме того, работающие в первичном звене имеют возможность поступить в ординатуру в последующем, приобретая при этом дополнительные баллы для поступления.

Таким образом, для достижения одной из важнейших целей ПА — наполнения врачами первичного звена здравоохранения — необходимо наличие в структуре выпускников достаточной доли врачей, трудоустроившихся в амбулаторно-поликлинические медицинские организации без совмещения с обучением в ординатуре. Наиболее надежным критерием эффективности ПА, выступающей в качестве данной меры, является высокий удельный вес тех выпускников, кто продолжил работу в первичном звене по прошествии нескольких лет.

В табл. 1 представлены основные группы выпускников ИГМУ по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия», прошедших ПА в течение периода исследования.

Общая численность выпускников по специальности «Лечебное дело» превышает таковую по

специальности «Педиатрия» примерно в 2,5 раза, однако в динамике незначительно сокращается, в то время как количество выпускников педиатрического факультета возросло за период исследования примерно на $\frac{2}{3}$. Отчасти это обусловлено прекращением подготовки врачей по специальности «Лечебное дело» в очно-заочной форме (вечернее отделение), последний выпуск по которой был в 2020 г.

Удельный вес прошедших ПА выпускников лечебного факультета в среднем был ниже, чем педиатрического (74,5 и 80,3% соответственно), однако отличался более высоким приростом. Значительное снижение показателя (наиболее выраженное у выпускников очной формы обучения по специальности «Лечебное дело») в 2020 г. обусловлено введением в данном году моратория на аккредитацию [6].

Доля поступивших в ординатуру была выше среди выпускников по специальности «Лечебное дело», особенно на вечернем отделении, хотя у будущих педиатров более высоким был прирост данного показателя.

Важный для целей настоящего исследования показатель — удельный вес трудоустроившихся врачами — был выше у выпускников педиатрического факультета, хотя не очень существенно (26,5% против 22,5% в среднем за 5 лет). При этом показатель существенно возрос за 2017—2021 гг. у выпускников обеих специальностей, причем в сопоставимых пределах. Доля трудоустроившихся СМР, складываясь почти исключительно из обучающихся в ординатуре, была выше у выпускников педиатрического факультета, где она также возросла за период исследования почти на 80%, в то время как у выпускников

Таблица 2

Структура групп выпускников ИГМУ по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия», трудоустроившихся участковыми врачами-терапевтами и педиатрами после прохождения ПА в 2017—2021 гг. (в %)

Показатель	Год выпуска					Среднее за 2017—2021 гг.	Темп прироста за 2017—2021 гг., %
	2017	2018	2019	2020	2021		
«Лечебное дело» (очная форма обучения)							
Доля трудоустроившихся участковыми врачами-терапевтами	12,4	20,4	22,7	18,2	18,9	18,8	+52,4
В том числе:							
совмещающих работу с обучением в ординатуре	4,1	8,5	13	8,5	13,1	9,7	+219,5
не обучающихся в ординатуре	8,3	11,9	9,7	9,7	5,8	9,1	-30,1
«Лечебное дело» (очно-заочная форма обучения)							
Доля трудоустроившихся участковыми врачами-терапевтами	0	20,4	42,8	25,5	—	21,8	—
В том числе:							
совмещающих работу с обучением в ординатуре	0	4,5	26,5	13,6	—	11,2	—
не обучающихся в ординатуре	0	15,9	16,3	11,9	—	10,7	—
«Лечебное дело» (всего)							
Доля трудоустроившихся участковыми врачами-терапевтами	9,0	20,5	26,9	20,0	18,9	19,4	+110
В том числе:							
совмещающих работу с обучением в ординатуре	3,0	7,8	15,8	9,8	13,1	10,0	+336,7
не обучающихся в ординатуре	6,0	12,7	11,1	10,2	5,8	9,4	-3,3
«Педиатрия»							
Доля трудоустроившихся участковыми врачами-педиатрами	11,3	38,6	20,2	24,1	21,4	23,7	+89,4
В том числе:							
совмещающих работу с обучением в ординатуре	6,5	12,5	13,1	10,8	9,7	10,8	+49,2
не обучающихся в ординатуре	4,8	26,1	7,1	13,3	11,7	12,9	+143,8

лечебного факультета отмечалось ее сокращение более чем на 20%.

Важно принять во внимание, что не все трудоустроившиеся врачами выпускники работали в поликлиниках в качестве участковых терапевтов и педиатров. Существенное их число работало на других должностях, преимущественно врачами-стажерами, количество которых существенно возросло с 2020 г. в связи с развертыванием ковидных центров [7].

В табл. 2 представлена информация о трудоустройстве выпускников двух рассматриваемых специальностей, прошедших ПА, на должности участковых врачей-терапевтов и педиатров в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях.

Как видно из данных табл. 2, доля трудоустроившихся участковыми врачами-педиатрами превышает таковую для участковых терапевтов (23,7% и 19,4%), при этом, если сравнить ее с данными предыдущей таблицы, доля прочих врачей (в основном стажеров) является более высокой у выпускников по специальности «Лечебное дело» (3,1%), чем «Педиатрия» (2,8%).

Удельный вес совмещающих работу участковым врачом с обучением в ординатуре выше у представителей специальности «Педиатрия», и именно у них выше оказывается искомый показатель — удельный вес работающих участковыми врачами, не обучающимися в ординатуре (12,9% против 9,4% для специальности «Лечебное дело»). Кроме того, среди педиатров данный показатель имеет положительный, причем весьма выраженный, прирост при том, что доля работающих участковыми терапевтами незначительно сокращается. Выпускники очно-заочной формы обучения отличаются от выпускников дневного отделения более высоким уровнем

рассматриваемого показателя (10,7 и 9,1%), хотя и доля обучающихся в ординатуре участковых врачей среди них также выше.

Сведения о конкретном месте трудоустройства выпускников по специальности «Лечебное дело», работающих участковыми врачами-терапевтами непосредственно после прохождения ПА, представлены в табл. 3.

Из данных табл. 3 видно, что подавляющее большинство выпускников лечебного факультета ИГМУ работали участковыми врачами-терапевтами в медицинских организациях г. Иркутска, на них в общей сложности приходится 72,9% всех вышеуказанных специалистов. Большую долю среди них составляют ГП, а также ГКБ, РБ, МСЧ и другие объединенные больницы, в состав которых входит поликлиника или поликлиническое отделение.

География трудоустройства врачей, начавших профессиональную деятельность участковыми врачами-терапевтами после прохождения ПА, достаточно обширна. Она включает медицинские организации, расположенные на территории Иркутской области в городах Усолье-Сибирское, Братск, Свирск, Черемхово, а также в Заларинском, Качугском, Жигаловском, Тулунском, Ольхонском и других районах области. Широко представлены и другие субъекты РФ: республики Бурятия, Тыва, Хакасия, Саха (Якутия), Забайкальский край, Магаданская и Сахалинская области, города Новосибирск, Владивосток и др., в подавляющем большинстве из которых в течение периода исследования участковыми врачами-терапевтами работало по одному выпускнику ИГМУ. Исключением являются Москва и Санкт-Петербург, куда за 5 лет для работы участковыми врачами-терапевтами выехали 7 выпускников. В общей сложности за период 2017—2021 гг.

Образование и кадры

Таблица 3

Численность выпускников ИГМУ по специальности «Лечебное дело», трудоустроившихся участковыми врачами-терапевтами после прохождения ПА в разрезе медицинских организаций (в абс. ед.)

Медицинская организация	Год выпуска					Все-го	Удельный вес, %
	2017	2018	2019	2020	2021		
ГКБ № 1 г. Иркутска	2	8	7	3	5	25	11,7
МСЧ № 2 г. Иркутска	1	4	11	3	5	24	11,2
ГКБ № 9 г. Иркутска	1	3	2	5	5	16	7,5
ГКБ № 8 г. Иркутска	2	2	7	1	1	13	6,1
ГКБ № 3 г. Иркутска	1	3	1	1	6	12	5,6
ГП № 15 г. Иркутска			4	5	1	10	4,7
ГКБ № 10 г. Иркутска		2	3	1	2	8	3,7
ГКБ № 7 г. Иркутска		6	1	1		8	3,7
МСЧ ИАПО	1	3	1	2		7	3,3
ГКБ № 6 г. Иркутска		1	3	1	1	6	2,8
Усольская ГБ	2		1	1	1	5	2,3
Братская ГБ № 5		1	3			4	1,9
Иркутская РБ			1	2	1	4	1,9
ГП № 1 Р. Бурятия			1	2		3	1,4
ГП № 11 г. Иркутска	1	1			1	3	1,4
ГП № 6 г. Иркутска	2	1				3	1,4
ГП № 17 г. Иркутска		1	2			3	1,4
ИНЦ СО РАН			1	1	1	3	1,4
МАНО ЛДЦ		1		2		3	1,4
Ольхонская РБ		1	1	1		3	1,4
Медицинские организации, в которых работало менее 3 выпускников*	5	12	13	15	6	51	23,8
Итого...	18	50	63	47	36	214	100
Доля, % от всех выпускников	9,0	20,4	26,9	20,0	18,8	19,4	

Примечание. По два выпускника ИГМУ (всего 14) работали участковыми врачами-терапевтами в 7 медицинских организациях (больница г. Свирска, ГП г. Кызыла, ГП № 4 г. Иркутска, Качугская РБ, Кызылская ЦКБ, Тулунская ГБ, ЧУЗ КБ «РЖД Медицина»), по одному — еще в 37 медицинских организациях. ГП — городская поликлиника, ГКБ — городская клиническая больница, РБ — районная больница, МСЧ — медико-санитарная часть, ИАПО — Иркутское авиационное производственное объединение, ИНЦ — Иркутский научный центр, ЛДЦ — Лечебно-диагностический центр.

для работы участковыми терапевтами в другие субъекты РФ уехали 42 (3,8%) выпускника лечебно-го факультета ИГМУ.

Табл. 4 демонстрирует структуру трудоустройства прошедших ПА выпускников ИГМУ по специальности «Педиатрия», так же как и предыдущая, в разрезе отдельных медицинских организаций. Здесь большое количество выпускников сосредоточено в детских городских поликлиниках (ДГП).

В отличие от результатов, представленных в табл. 3, более высокий удельный вес приходится на те медицинские организации, где участковыми врачами (в данном случае педиатрами), работают менее трех выпускников, что обусловлено в целом меньшей численностью представителей данной специальности. Выпускники, работающие участковыми педиатрами, также преимущественно сосредоточены в медицинских организациях г. Иркутска (89,3%). Среди городов Иркутской области, где после прохождения ПА участковыми врачами-педиатрами работают выпускники ИГМУ,— города Ангарск, Братск, Нижнеудинск, Саянск, Свирск, Че-

ремхово, Шелехов, а также Аларский и Заларинский районы. К другим субъектам РФ относятся выбранные выпускниками для трудоустройства медицинские организации, расположенные на территории Московской и Ленинградской областей, республик Бурятия, Тыва, Хакасия, Сахалинской области, Забайкальского края, городов Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск, Владивосток и др. Всего за рассматриваемый период для работы участковыми педиатрами Иркутскую область покинули 26 (6%) выпускников педиатрического факультета ИГМУ, что демонстрирует существенно более высокую мобильность представителей данной специальности, чем специальности «Лечебное дело».

В табл. 5 приводятся наиболее значимые для целей настоящего исследования показатели, характеризующие приверженность выпускников работе в первичном звене. Для их получения использовались данные из ФРМР о выпускниках 2017—2019 гг., продолжающих работать участковыми врачами-терапевтами/педиатрами по состоянию на начало 2022 г.

Из табл. 5 следует, что средний удельный вес продолжающих работать участковыми терапевтами врачей составляет с момента внедрения ПА чуть менее 60% от числа работавших в данной должности, что представляет собой 11,5% от числа всех выпускников по специальности «Лечебное дело». Доля продолжающих работать участковыми педиатрами весьма близка (59%), однако их удельный вес от всех выпускников педиатрического факультета выше (14,5%) за счет изначально более высокого удельно-

Таблица 4

Численность выпускников ИГМУ по специальности «Педиатрия», трудоустроившихся участковыми врачами-педиатрами после прохождения ПА (в абс. ед.)

Медицинская организация	Год выпуска					Все-го	Доля, %
	2017	2018	2019	2020	2021		
ГКБ № 8 г. Иркутска	1	8	4		2	15	14,6
ДГП № 3 г. Иркутска		1			5	6	5,8
МСЧ ИАПО	1				5	6	5,8
ДГП № 6 г. Иркутска			2	2	1	5	4,9
Братская детская ГБ			2	2		4	3,9
ДГП № 2 г. Иркутска		2	1	1		4	3,9
ГП № 4 г. Иркутска			1	2	1	4	3,9
ГП № 15 г. Иркутска		1	2	1		4	3,9
ГКБ № 5 г. Иркутска			2		1	3	2,9
ДГП № 5 г. Иркутска		3				3	2,9
ГП № 2 г. Иркутска		3				3	2,9
Медицинские организации, в которых работало менее 3 выпускников*	5	16	6	7	12	46	44,7
Итого...	7	34	20	20	22	103	100
Доля, % от всех выпускников	11,3	38,6	20,2	24,1	21,4	23,7	

Примечание. По два выпускника ИГМУ (всего 16) работали участковыми врачами-педиатрами в 8 медицинских организациях (Ангарская городская детская больница, больница г. Свирска, ГКБ № 9 г. Иркутска, ГКБ № 10 г. Иркутска, ДГП № 1 г. Иркутска, Саянская ГБ, Тес-Хемская Центральная клиническая больница (ЦКБ), Республика Тыва, Шелеховская РБ, по одному — еще в 30 медицинских организациях).

Таблица 5

Численность и доля от числа работавших участковыми врачами-терапевтами/педиатрами выпускников ИГМУ 2017—2019 гг., продолжающих работу в данной должности по состоянию на 01.01.2022

Показатель	Год выпуска						Сумма/среднее за 2017—2019 гг.	
	2017		2018		2019			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
«Лечебное дело» (всего)								
Продолжают работать участковыми врачами-терапевтами	13	72,2	28	56,0	37	58,7	78	59,5
Удельный вес, % от всех выпускников	6,5		11,4		15,8		11,5	
Работают «узкими» специалистами	4	22,2	15	30,0	18	28,6	37	28,2
Не работают в государственных медицинских организациях РФ	1	5,6	7	14,0	8	12,7	16	12,2
«Педиатрия»								
Продолжают работать участковыми врачами-педиатрами	5	71,4	20	58,8	11	55,0	36	59,0
Удельный вес, % от всех выпускников	8,1		22,7		11,1		14,5	
Работают «узкими» специалистами	1	14,3	7	20,6	5	25,0	13	21,3
Не работают в государственных медицинских организациях РФ	1	14,3	7	20,6	4	20,0	12	19,7

го веса работавших участковыми врачами-педиатрами.

Заключение

Представленные результаты свидетельствуют о том, что внедрение процедуры ПА выпускников медицинских вузов способствовало тому, что часть выпускников трудоустраиваются в первичном звене здравоохранения, занимая в поликлиниках должности участковых врачей-терапевтов и педиатров, представители которых в настоящее время наиболее востребованы в практическом здравоохранении. Часть из них закрепляются на этой работе. Исследование, проведенное на базе ИГМУ, обеспечивающего врачскими кадрами регион исследования и соседние с ним субъекты РФ, позволило дать объективную количественную оценку рассматриваемым явлениям. Лишь каждый пятый выпускник по специальности «Лечебное дело» и «Педиатрия» трудоустраивается участковым врачом, в половине случаев совмещая эту работу с обучением в ординатуре, что в последующем фактически гарантированно приводит к уходу из первичного звена. Лишь каждый десятый продолжает работать в данной должности в течение 3—5 лет.

Открытым остается вопрос о том, насколько целесообразным является допуск врачей к профессиональной деятельности в первичном звене здравоохранения непосредственно по результатам прохождения ими ПА. Ответ на него может быть получен лишь с использованием социологического метода

исследования, реализованного в отношении как самих молодых специалистов, так и их непосредственных руководителей, результаты которого способны существенно дополнить изложенную здесь информацию. Представленные результаты уже выступили основой при проведении нами подобного исследования, предоставив информацию о месте трудоустройства потенциальных респондентов, и авторы выражают надежду на освещение его результатов на страницах следующих номеров настоящего издания.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Кузнецова О. В., Самойлов А. С., Романов С. В., Абаева О. П. От сертификации работников здравоохранения к аккредитации: история развития отечественного медицинского образования и перспективы перехода к системе НМО. *Медицина экстремальных ситуаций*. 2018;20(4):551—8.
- Кукушкин С. К., Спасский А. А., Манюшкина Е. М. Периодическая аккредитация медицинских специалистов. *Академия медицины и спорта*. 2020;1(2):21—2.
- Ходус С. В., Олексик В. С., Зверев А. С. Аккредитация специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием. *Бюллетень физиологии и патологии дыхания*. 2021;81:144—9.
- Орел В. И., Лисовский О. В., Гостимский А. В., Лисица И. А. Современная подготовка специалистов амбулаторного звена. Проблемы первичной аккредитации и возможные пути их решения. *Медицина и организация здравоохранения*. 2020;5(2):41—50.
- Семенова Т. В. Итоги и успехи аккредитации специалистов в обеспечении системы здравоохранения квалифицированными медицинскими кадрами. *Медицина и организация здравоохранения*. 2020;5(4):4—17.
- Лопаткина Ж. Н., Яковлев Д. С. Опыт проведения аккредитации в период пандемии COVID-19. *Медицинское образование и профессиональное развитие*. 2021;12(3):81—5.
- Захаренко Г. А., Курьянчик А. А. Особенности прохождения аккредитации в 2021 г. *Медицинское образование и профессиональное развитие*. 2021;12(2):136—41.

Поступила 22.06.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

- Kuznetsova O. V., Samoylov A. S., Romanov S. V., Abaeva O. P. From certification of healthcare workers to accreditation: the history of the development of domestic medical education and the prospects for the transition to the CME system. *Meditsina ekstremal'nykh situatsiy*. 2018;20(4):551—8 (in Russian).
- Kukushkin S. K., Spasskiy A. A., Manoshkina E. M. Periodic accreditation of medical specialists. *Akademiya meditsiny i sporta*. 2020;1(2):21—2 (in Russian).
- Khodus S. V., Oleksik V. S., Zverev A. S. Accreditation of specialists with higher medical and pharmaceutical education. *Byulleten' fiziologii i patologii dykhaniya*. 2021;81:144—9 (in Russian).
- Orel V. I., Lisovskiy O. V., Gostimskiy A. V., Lisitsa I. A. Modern training of outpatient specialists. Problems of primary accreditation and possible solutions. *Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya*. 2020;5(2):41—50 (in Russian).
- Semenova T. V. Results and progress of accreditation of specialists in providing the healthcare system with qualified medical personnel. *Meditsina i organizatsiya zdravookhraneniya*. 2020;5(4):4—17 (in Russian).
- Lopatskaya Zh. N., Yakovlev D. S. Accreditation experience during the COVID-19 pandemic. *Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie*. 2021;12(3):81—5 (in Russian).
- Zakharenko G. A., Kurlyanchik A. A. Features of passing accreditation in 2021. *Meditsinskoe obrazovanie i professional'noe razvitie*. 2021;12(2):136—41 (in Russian).

Фомин А. А.

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет» Минобрнауки России, Медицинский институт, 185910, г. Петрозаводск

Статья посвящена научно-исследовательской работе студентов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения», с 2001 г. проводимой на курсе общественного здоровья и здравоохранения Медицинского института Петрозаводского государственного университета. В статье раскрываются такие понятия, как студенческая научная деятельность, требования к знаниям по дисциплине для подготовки студенческой научной работы, классификация студенческих научных работ по степени сбора и анализ материала, приводятся уровни выполнения студенческих работ, раскрываются этапы и классы проведения социально-гигиенических исследований, приводятся требования к содержанию презентации, критерии оценки доклада и презентации, внутренние показатели оценки деятельности секции «Общественное здоровье и здравоохранение». За период с 2001 г. по настоящее время в Петрозаводском государственном университете на секции «Общественное здоровье и здравоохранение» 250 студентов выступили более чем с 200 докладами, опубликовали более 20 тезисов, статей в сборниках студенческих научных конференций и других изданиях. Разработан план из 30 тем студенческих научных работ, требования к содержанию презентации, три индекса для оценки качества работы за год. Текст доклада-презентации в 90% случаев содержал информацию по одной дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения», при этом тема раскрывалась в формате описания задач исследования с построением диаграмм и графиков, сравнением показателей, только в 10% докладов содержался статистический анализ результатов исследования.

Ключевые слова: дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение; экономика здравоохранения»; студенческое социально-гигиеническое исследование; критерии оценки и презентации доклада; секция «Общественное здоровье и здравоохранение».

Для цитирования: Фомин А. А. Научно-исследовательская работа студентов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):307—311. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-307-311>

Для корреспонденции: Фомин Александр Анатольевич, профессор кафедры медицинского института Петрозаводского государственного университета, e-mail: aafom@petersu.ru

Fomin A. A.

THE RESEARCH ACTIVITY OF STUDENTS IN "THE PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE, HEALTH CARE ECONOMICS" DISCIPLINE

The Medical Institute of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Petrozavodsk State University" of Minobrnauka of Russia, 185910, Petrozavodsk, Russia

The article considers research work of students in "The Public health and health care, health economics" discipline in 2001—2020, organized in course of public health and health care of the Medical Institute of Petrozavodsk State University. The article reveals such concepts as student scientific activity, knowledge requirements for discipline to prepare student research work, classification of student research works by degree of collection and analysis of material, levels of student work performance, stages and classes of social hygienic research, requirements for content of presentation, criteria of evaluating report and presentation. During 2001—2021, 250 students of medical institute in the section "Public health and health care" made more than 200 reports, published more than 20 thesis and articles. The annual plan of 30 topics for student research works was developed, including requirements for content of presentation, 3 indices to evaluate quality of work. The text of presentation-report in 90% included information on one discipline "Public health and health care, health economics". At that, topic was disclosed in format of describing research objectives with construction of diagrams and graphs, comparison of indices and only 10% of reports contained statistical analysis of the results.

Keywords: discipline; Public health and health care, health Economics; student; social hygienic research; evaluation criteria; presentation; report.

For citation: Fomin A. A. The research activity of students in "The public health and health care, health care economics" discipline. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):307—311 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-307-311>

For correspondence: Fomin A. A., professor of the Chair of the Medical Institute of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Petrozavodsk State University" of Minobrnauka of Russia. e-mail: aafom@petersu.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 08.07.2021
Accepted 26.10.2021

Введение

Секция «Общественное здоровье и здравоохранение» создана на курсе общественного здоровья и здравоохранения Медицинского института Петрозаводского государственного университета в 2004 г.

До этого года в течение 3 лет студенты, обучающиеся на курсе, выполняли научные работы самостоятельно, но совместно с курсом гигиены проводились студенческие научные конференции. В 2008 г. на 81-й конференции «Человек и его здоровье — 2008», посвященной 80-летию образования студен-

ческого научного общества в Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова, доклад на секции «Общественное здоровье и здравоохранение» студенток V курса О. Д. Бучки и С. В. Комаровой на тему «Дисгармония супружества как медико-социальный фактор риска в структуре образа жизни семьи» занял 1-е место. В 2020 г. 72-я Студенческая научная конференция Петрозаводского государственного университета прошла в дистанционном формате, на секции «Общественное здоровье и здравоохранение» было представлено 13 презентаций докладов студентов IV курса специальностей «лечебное дело» и «педиатрия», обучающихся по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения». Цель исследования — обобщить многолетний опыт студенческой научной работы и поделиться историческим анализом в этом разделе учебной деятельности по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения».

Материалы и методы

Изучена научно-исследовательская работа 250 студентов Медицинского института на секции «Общественное здоровье и здравоохранение» в Петрозаводском государственном университете с 2001 г. по настоящее время, которые выступили более чем с 200 докладами, опубликовали более 20 тезисов, статей в сборниках студенческих научных конференций и других изданиях. Методы исследования — анализ, синтез.

Результаты исследования

Студент, обучающийся в Медицинском институте, выполняя научные исследования в рамках студенческого научного общества «Общественное здоровье и здравоохранение», учится решать следующие творческие задачи: проводить анализ научной литературы и интернет-ресурсов, владеть практическими навыками применения информационных технологий, принимать участие в различных студенческих научных форумах как внутри университета, так и в других медицинских вузах России, использовать в ходе исследований методы статистического анализа, владеть практическими навыками выступления с докладом по теме и опубликования тезисов докладов студенческих научных конференций.

Под студенческой научной деятельностью на секции «Общественное здоровье и здравоохранение» понимается научная деятельность обучающегося, связанная с решением творческой задачи по выбранной теме. Разрабатываются программа и план исследования, которые предполагают изучение теории, посвященной данной проблеме, подбору методик исследования, самостоятельный сбор материала, его анализ, структуризацию, выводы и предложения. Главной целью исследовательской работы является развитие личности студента, а не значимый научный результат, при этом основная цель со-

стоит в освоении обучающимся студентом методического навыка исследования как универсального способа познания на примере приобретения новых знаний при выполнении темы по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» [1].

Студенческие научные работы можно разделить по степени сложности проведения сбора и анализа материала на две группы. Первая группа — это студенческие научные работы по темам, предлагаемым преподавателем, с заранее известными методическими подходами к сбору и анализу материала, например «Изучение состояния здоровья студентов Медицинского института I и IV курса». Вторая группа — это инициативные научные работы междисциплинарного характера, например по теме «Совместные закупки лекарственных препаратов и медицинских изделий медицинскими организациями Республики Карелия», которая связана с экономикой и управлением в здравоохранении и требует сбора материала вне Медицинского института. К этой группе относятся темы по организации здравоохранения в хирургии, терапии, педиатрии.

В зависимости от цели социально-гигиенические исследования можно разбить на четыре больших класса:

- 1) изучить проблему (описательное исследование);
- 2) изучить проблему, плюс сделать выводы;
- 3) изучить проблему, плюс сделать выводы, плюс сделать предложения;
- 4) изучить проблему, плюс сделать выводы, плюс сделать предложения, плюс внедрить предложения, оценить эффективность внедрения.

Студенческие научные работы в 95% случаев входят в 1-й и 2-й класс исследований. К выступлению с докладом до 10 мин на секции «Общественное здоровье и здравоохранение» студент готовит презентацию в соответствии с требованиями, представленными в таблице, к которым при необходимости могут быть добавлены рисунки и музыкальное сопровождение.

В жюри приглашаются студенты, ставшие победителями на прошлой студенческой научной конференции, при этом председатель выбирается из студентов. Критерии оценки докладов студенческих научных работ следующие:

- научная значимость оценивается от 0 до 5 баллов;
- стаж работы в студенческом научном обществе — от 1 балла за 1-й год работы и до 3 баллов за 3 года работы;
- степень владения материалом — от 0 до 4 баллов;
- изложение материала — от 0 до 3 баллов;
- качество и информативность презентации — от 0 до 3 баллов;
- соблюдение регламента выступления до 10 мин оценивается от 0 до 2 баллов (0 баллов свыше 10 мин, 1 балл — 10 мин, 2 балла — 9 мин 30 с).

Образование и кадры

Требования к содержанию презентации в PowerPoint

Структура доклада, макет слайда из PowerPoint	Требования к содержанию	Количество слайдов
Титульный лист, «титульный слайд»	Содержит: тему научной работы; фамилию, имя, отчество студента; фамилию, имя отчество, ученую степень, ученое звание научного руководителя	1
Цель и задачи исследования, «заголовок и объект»	Включает: цель; задачи (не больше 3)	1
Объект исследования, единица наблюдения, база исследования, «заголовок и объект»	Содержит: наименование объекта исследования; наименование единицы наблюдения; наименование базы исследования	1
Методы отбора единиц наблюдения	Методы отбора единиц наблюдения: выборочный метод; сплошной метод	
Способы сбора статистической информации, «заголовок и объект»	Способы сбора статистической информации: данные официальной статистики; социологические процедуры (опрос, анкетирование); собственное исследование (осмотр, измерение); данные интернет-сайтов	1
Методы исследования, «заголовок и объект»	Содержит методы исследования: анализ, синтез; статистические: регрессионный анализ, корреляционный анализ и др.	1
Результаты исследования, «заголовок и объект», «два объекта», «объект с подписью», «рисунок с подписью», «сравнение»	Включает: результаты исследования по задачам	6—7
Выводы и предложение, «заголовок и объект»	Содержит: 3 вывода по числу задач и предложения (при наличии)	1
Список литературы, «заголовок и объект»	Включает перечень источников, использованных при написании работы	1

Победители на секции «Общественное здоровье и здравоохранение» получают право на публикацию тезиса в сборнике материалов студенческой научной конференции, который ежегодно выходит после завершения Всероссийской (с международным участием) научной конференции обучающихся и молодых ученых Петрозаводского государственного университета [2].

С 2015 г. на курсе общественного здоровья и здравоохранения проводится ежегодный анализ студенческой науки по трем индексам. Первый — это «индекс числа докладов на 100 студентов IV курса», где преподается дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения», второй — «количество сложных тем докладов», выбранных студентами в этом году, третий — «индекс постоянства участия в студенческом научном обществе (СНО) по дисциплине». Первый «индекс числа докладов на 100 студентов IV курса» был самым высоким в 2015 г. (8,40), самым низким в 2019 г. (4,6) и средним (6,2) в 2020 г. Индекс рассчитывается как отношение числа докладов к количе-

ству обучающихся студентов по дисциплине, умноженному на 100 студентов. Второй индекс — «количество сложных тем докладов» — с 2015 до 2020 г. не менялся и составил 3 темы из всех докладов в год наблюдения (2015 г. — 10 докладов, 2016 г. — 10, 2017 г. — 11, 2018 г. — 12, 2019 г. — 10, 2020 г. — 13 докладов). Третий индекс — это «индекс постоянства участия в СНО по дисциплине», который рассчитывается как абсолютное число студентов, участвующих в СНО на секции «Общественное здоровье и здравоохранение» с IV по VI курс включительно, при этом дисциплину студенты изучают только на IV курсе. С 2015 по 2017 г. этот индекс составлял 1, с 2018 по 2020 г. он равняется нулю. На последний индекс влияет такой фактор, как возможность продолжения обучения в клинической ординатуре по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», она открыта в Петрозаводском государственном университете.

Обсуждение

До начала работы студента над научной темой руководителю секции СНО необходимо определиться, знает ли студент основные термины и понятия дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения», используя данные текущей успеваемости студента, которая должна быть не ниже оценки «хорошо», или провести индивидуальное собеседование. Студент должен знать: ведущее значение социальных факторов, влияющих на здоровье населения, уровни общественного здоровья, показатели общественного здоровья и их составные части, факторы, отрицательно влияющие на общественное здоровье в разных возрастных группах, и их воздействие на заболеваемость населения, основные определения и понятия медицинской статистики, основы группировки данных и построения таблиц при изучении общественного здоровья и организации здравоохранения, что входит в понятия финансовых и материальных ресурсов здравоохранения, этапы проведения медико-социального исследования. Кроме того, студент должен уметь правильно применять статистический раздел в электронной таблице MS Excel при оценке результатов исследования, определять цель, задачи, объект исследования при изучении общественного здоровья, деятельности учреждений здравоохранения, финансирования медицинских организаций, проводить расчеты финансовых результатов и экономической эффективности организаций здравоохранения, строить различные диаграммы в MS Excel [3—5].

Для оценки общественного здоровья принято использовать следующие группы показателей:

- показатели медико-демографических процессов;
- показатели заболеваемости населения;
- показатели инвалидности населения;
- показатели физического здоровья населения.

Статистические данные об общественном здоровье обычно принято изучать и анализировать на трех уровнях:

- 1-й (групповой) — здоровье малых социальных или этнических групп, например изучение состояния здоровья студентов Медицинского института;
- 2-й (региональный) — здоровье населения отдельных административных территорий субъекта Федерации, например изучение здоровья населения города Петрозаводска;
- 3-й (популяционный) — здоровье населения в субъекте Федерации или России, например здоровье населения Республики Карелия или Российской Федерации [6].

Выполненные студенческие работы охватывают четыре группы показателей и все уровни изучения общественного здоровья и здравоохранения в соответствии с программой и планом социально-гигиенического исследования.

Расчеты по данным заболеваемости населения показывают, что первое место среди факторов, определяющих здоровье, занимает образ жизни (низкий уровень благосостояния, вредные привычки, несбалансированное питание, стрессовые ситуации, неблагоприятные условия труда, низкая физическая активность, потребление наркотических средств, злоупотребление лекарствами, семейно-бытовые проблемы, нерациональный режим труда и отдыха, низкий уровень медицинской грамотности). Доля факторов риска здоровью, связанных с образом жизни, составляет 50—55%. Второе место (20—25%) занимают факторы внешней среды: загрязнение воды, воздуха, почвы опасными веществами, неблагоприятные климатические условия. На третьем месте (15—20%) находятся генетические факторы: отягощенная наследственность, перенесенные заболевания. На последнем месте (10—15%) стоит фактор здравоохранения: неэффективность профилактических мероприятий, низкий уровень доступности и качества медицинской помощи, низкий уровень квалификации медицинского персонала, несоответствие медицинских услуг порядкам и стандартам медицинской помощи [7]. В представленных студенческих научных работах первое место занимают работы по исследованию факторов риска у студентов, различных групп населения, инвалидов, второе место занимают работы, связанные с профилактикой, организацией и качеством здравоохранения, и единичные работы по исследованию влияния на заболеваемость факторов внешней среды и генетических факторов.

Социально-гигиенические исследования по своей природе, цели и задачам, объектам изучения и комплексности подхода в определенной степени отвечают требованиям системного подхода. Известный советский ученый Е. Н. Шиган выделяет 6 этапов:

- формулировка проблемы, темы, цели, задач, объекта, единицы наблюдения, гипотезы, макетов таблиц для исследования;

- организация исследования (план и программа);
- сбор информации (данные государственной статистики, данные выборочных исследований, электронные базы данных органов управления, территориальных фондов обязательно медицинского страхования, страховых медицинских организаций);
- обработка информации (MS Excel, Statistica, Statgraphics и др.);
- анализ результатов исследования с использованием статистических критериев;
- внедрение результатов исследования в практику здравоохранения (методические рекомендации, инструкции, учебные пособия) [8].

Преподавание студентам дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» ведется по учебнику В. А. Медика и В. К. Юрьева «Общественное здоровье и здравоохранение» [6], поэтому по нему и проводится разработка этапов исследований в студенческих научных работах, они выделяют четыре основных этапа:

- разработка дизайна (творческого замысла) исследования, плана и программы, макетов таблиц;
- сбор информации (выборочные исследования с использованием официальных данных государственной статистики и статистики частных медицинских организаций) и формирование базы данных (в форме простых или групповых таблиц);
- обработка, анализ и визуализация данных в программе MS Excel;
- формулирование выводов и опубликование тезисов в материалах студенческих научных конференций и других сборниках статей [6].

Заключение

В Петрозаводском государственном университете разработан план из 30 тем студенческих научных работ, требования к содержанию презентации, три индекса для оценки качества работы за год. Доклады-презентации в 90% случаев содержали информацию по одной дисциплине — «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения». Тема раскрывалась в формате описания задач исследования с построением диаграмм и графиков, сравнением показателей, только в 10% докладов сохранился статистический анализ результатов исследования.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Омский государственный медицинский университет. Кафедра общественного здоровья и здравоохранения. Рекомендации по научно-исследовательской деятельности студентов молодежного научного кружка кафедры. Режим доступа: https://omsk-osma.ru/files/2195/krugok_rek.PDF (дата обращения 25.11.2020).
2. Петрозаводский государственный университет. Студенческая научная конференция Петрозаводского государственного уни-

Образование и кадры

- верситета. Материалы 71-й Всероссийской (с международным участием) научной конференции обучающихся и молодых ученых (2019). Режим доступа: <https://conf.petsu.ru/docs/conf2019.pdf> (дата обращения 25.11.2020).
3. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра общественного здоровья и здравоохранения. Практикум по общественному здоровью, 3-й курс. Режим доступа: http://gpma.ru/structure/chair/health/doc/praktikum_po_3_kursu.pdf#1. (дата обращения 04.12.2020).
 4. Решетников А. В. Экономика здравоохранения. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. 192 с. Консультант студента. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431368.html> (дата обращения 30.11.2020).
 5. Зайцев В. М., Лифляндский В. Г., Маринкин В. И. Прикладная медицинская статистика. СПб.: ООО «Издательство Фолиант»; 2003. 432 с.
 6. Медик В. А., Юрьев В. К. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 608 с. Консультант студента. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437100.html> (дата обращения 30.11.2020).
 7. Лисицын Ю. П., Улумбекова Г. Э. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. 544 с. Консультант студента. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html> (дата обращения 30.11.2020).
 8. Шиган Е. Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. М.: Медицина; 1986. 208 с.
- Поступила 08.07.2021
Принята в печать 26.10.2021
- #### REFERENCES
1. Omsk State Medical University. Department of Public Health and Public Health. Recommendations for research activities of students of the youth scientific circle of the department [*Omskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet. Kafedra obshchestvennogo zdorov'ya i zdravookhraneniya. Rekomendatsii po nauchno-issledovatel'skoy deyatel'nosti studentov molodezhnogo nauchnogo krugka kafedry*]. Available at: https://omsk-osma.ru/files/2195/krugok_rek.PDF (accessed 25.11.2020) (in Russian).
 2. Petrozavodsk state University. Student scientific conference of Petrozavodsk state University. Materials of the 71st all-Russian (with international participation) scientific conference of students and young scientists (2019) [*Petrozavodskiy gosudarstvennyy universitet. Studencheskaya nauchnaya konferentsiya Petrozavodskogo gosudarstvennogo universiteta. Materialy 71-y Vserossiyskoy (s mezhdunarodnym uchastiyem) nauchnoy konferentsii obuchayushchikhsya i molodykh uchenykh (2019)*]. Available at: <https://conf.petsu.ru/docs/conf2019.pdf> (accessed 25.11.2020) (in Russian).
 3. St. Petersburg State Pediatric Medical University. Department of Public Health and Public Health. Workshop on public health, 3rd year [*Sankt-Peterburgskiy gosudarstvennyy pediatricheskiy meditsinskiy universitet. Kafedra obshchestvennogo zdorov'ya i zdravookhraneniya. Praktikum po obshchestvennomu zdorov'yu, 3-y kurs*]. Available at: http://gpma.ru/structure/chair/health/doc/praktikum_po_3_kursu.pdf#1 (accessed 4.12.2020) (in Russian).
 4. Reshetnikov A. V. Health Economics [*Ekonomika zdravookhraneniya*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2015. 192 p. The advisor of the student. Available at: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431368.html> (accessed 30.11.2020) (in Russian).
 5. Zaitsev V. M., Lifyandsky V. G., Marinkin V. I. Applied medical statistics [*Prikladnaya meditsinskaya statistika*]. St. Petersburg: LLC «Foliant publishing House»; 2003. 432 p. (in Russian).
 6. Medik V. A., Yuryev V. K. Public health and healthcare: Textbook [*Obshchestvennoye zdorov'ye i zdravookhraneniye: Uchebnik*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2016. 608 p. Advisor of the student. Available at: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437100.html> (accessed 30.11.2020) (in Russian).
 7. Lisitsyn Yu. P., Ulumbekova. G. E. Public health and healthcare: Textbook [*Obshchestvennoye zdorov'ye i zdravookhraneniye: Uchebnik*]. Moscow: GEOTAR-Media; 2015. 544 p. Student consultant. Available at: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html> (accessed 30.11.2020) (in Russian).
 8. Shigan E. N. Methods of forecasting and modeling in social and hygienic research [*Metody prognozirovaniya i modelirovaniya v sotsial'no-gigiyenicheskikh issledovaniyakh*]. Moscow: Medicina; 1986. 208 p. (in Russian).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2021
УДК 614.253Чуйков О. Е.¹, Лагутин И. Б.², Свечников В. А.³, Бабина А. С.,⁴ Батиюков В. В.⁴

ВОЛОНТЕРСТВО КАК ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

¹ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305041, г. Курск;²ФГБОУ ВО «Юго-Западный государственный университет», 305040, г. Курск;³ФГБОУ ВО «Российский экономический университет имени Г. В. Плеханова», 117997, г. Москва;⁴ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», Медицинский институт, 300012, г. Тула

В статье рассмотрена деятельность Курского государственного медицинского университета, направленная на формирование и развитие студенческих добровольческих (волонтерских) отрядов, а также представлена модель подготовки волонтеров в условиях вуза. Обоснована необходимость развития альтруистических мотивов у студентов-медиков, занимающихся волонтерской деятельностью. Представлена организационно-мотивационная модель системы подготовки волонтеров в условиях медицинского вуза.

Ключевые слова: волонтерский (добровольческий) отряд; мотив; вуз; личность волонтера; системы подготовки волонтеров.

Для цитирования: Чуйков О. Е., Лагутин И. Б., Свечников В. А., Бабина А. С., Батиюков В. В. Волонтерство как одно из направлений деятельности медицинского вуза. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):312—317. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-312-317>

Для корреспонденции: Чуйков Олег Евгеньевич, канд. социол. наук, доцент, старший преподаватель ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет Минздрава России», e-mail: chuiikov-ru@mail.ru

Chuiikov O. E.¹, Lagutin I. B.², Svechnikov V. A.³, Babina A. S.⁴, Batiukov V. V.⁴

THE VOLUNTEERSHIP AS ON OF TRENDS OF MEDICAL UNIVERSITY FUNCTIONING

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Kursk State Medical University” of Minzdrav of Russia, 305041, Kursk, Russia;²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Southern Western State University”, 305040, Kursk, Russia;³The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The G. V. Plekhanov Russian Economic University”, 117997, Moscow, Russia;⁴The Medical Institute of The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Tula State University”, 300012, Tula, Russia

The article considers activities of the Kursk State Medical University directed to organization and development of student volunteer teams. The model of training volunteers in conditions of the university is presented. The necessity of developing altruistic motives of medical students engaged in volunteer activities is substantiated. The organizational motivational model of volunteer training in medical university is presented.

Keywords: volunteer team; motive; university; personality; training system.

For citation: Chuiikov O. E., Lagutin I. B., Svechnikov V. A., Babina A. S., Batiukov V. V. The volunteership as on of trends of medical university functioning. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2022;30(2):312—317 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-312-317>

For correspondence: Chuiikov O. E., candidate of sociological sciences, associate professor, the Senior Lecturer of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Kursk State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: chuiikov-ru@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 22.07.2021
Accepted 26.10.2021

Введение

Вопрос вовлечения студентов-медиков в волонтерскую деятельность приобрел особую актуальность в сложившейся санитарно-эпидемиологической ситуации в стране. Высшее учебное заведение выступает в качестве особой социокультурной среды, под воздействием которой у студентов формируются такие необходимые для волонтеров качества, как гуманизм, милосердие, самоотверженность, бескорыстие и отзывчивость. Вуз призван мотивировать студентов в этом направлении, организовать волонтерские отряды, провести подготовку добровольцев. Важно понимать, каковы механизмы мотивации и организации волонтеров, какова структура управления ими, в чем специфика дея-

тельности медицинского вуза в данном направлении.

Проблеме развития добровольческого/волонтерского движения посвящено множество научных работ современных зарубежных и российских ученых. В последнее время появились труды, посвященные анализу специфики волонтерской деятельности студентов медицинских вузов. Так, в статье польских исследователей студенческое волонтерство определено как жизнеспособное решение для обучения медицинским специальностям и сделан вывод о том, что для максимального использования его образовательного потенциала необходимо изучить потребности добровольцев, обеспечить психологическую поддержку и предоставить возможности для наставничества и размышлений [1].

Образование и кадры

Американский исследователь Асканон Ф. Керне выделяет шесть ключевых факторов мотивации студентов-медиков, побуждающих их к волонтерской деятельности [2, с. 36].

Ученые Университета Британской Колумбии (г. Ванкувер, Канада) Сиань Сян-Те Цуй и Эми По-Ю Цай утверждают, что определяющим мотивом для студентов, поступающих в медицинский университет, является улучшение качества жизни человечества, обслуживание малоимущих и защита пациентов, а уже в процессе обучения определяющими мотивами становятся карьера, профессиональный рост, совершенствование [3].

В статье американских ученых представлены руководящие принципы и учебные программы участия студентов-медиков в глобальном опыте в области здравоохранения. Авторы утверждают, что медицинские университеты должны быть основным центром подготовки и координации волонтеров, где студенты-медики участвуют в факультативных занятиях по глобальному здравоохранению. Вузы должны способствовать организации добровольческого туризма — краткосрочной медицинской волонтерской работы в бедных ресурсами странах [4, с. 285].

Результаты исследований отечественных ученых подтверждают ряд выводов зарубежных коллег о наличии двух групп мотивов, побуждающих студентов-медиков к волонтерской деятельности — это мотивы, отражающие желание профессионального совершенствования и мотивы, направляющие к достижению общественно полезных целей.

Благодаря пристальному вниманию к добровольческой деятельности/волонтерству со стороны государства за последние годы в России сформировалась система медицинского волонтерства. Развитие добровольчества, в особенности в медицинском вузе, является приоритетным направлением работы со студентами, так как добровольческая деятельность является важнейшим ресурсом для развития у будущих специалистов высоких нравственных качеств [5, с. 80].

Ряд работ посвящен изучению процесса формирования ценностного представления студентов о мире будущей профессии, принятие студентами медицинского вуза субъектной позиции через присвоение профессиональных и общечеловеческих ценностей и развитие профессиональной культуры будущего врача.

По мнению О. В. Головки и О. В. Шмаковой, волонтерская деятельность позволяет формировать у студентов-медиков коммуникативные и организаторские способности воспитывать чувство ответственности, организовывать помощь тем, кто в ней нуждается, что способствует саморазвитию, самовоспитанию и становлению личности будущего врача [6, с. 74].

Есть работы, в которых рассматривается процесс коммуникации, формируемый в результате волонтерской деятельности, навыки имеют большое значение для развития студентов, служат залогом их

дальнейшего личностного и профессионального роста [7, с. 179].

В своих работах мы не раз затрагивали тему истории становления и традиций добровольческого движения в России [8], а также развития современного отечественного волонтерства [9—10], выявляли основные направления деятельности волонтеров-медиков в период пандемии COVID-19 на региональном уровне [11].

Несмотря на широкое освещение развития волонтерского движения студентов-медиков, на наш взгляд, недостаточное внимание в исследованиях уделено определению роли медицинского вуза как особой социально-организационной среде формирования и развития добровольчества/волонтерства.

Цель исследования — выявить и проанализировать организационно-мотивационную модель системы подготовки волонтеров, реализуемая в условиях медицинского вуза на примере Курского государственного медицинского университета (КГМУ).

Материалы и методы

Проведен анализ научной литературы и правовых источников. В качестве вторичных данных выступали результаты социологических исследований ВЦИОМ. Для обозначения наиболее изученных проблем применен описательный метод [12, с. 189]. Использован также социокультурный подход как универсальный инструмент, позволяющий рассматривать процесс развития добровольческого движения в комплексе определяющих факторов: структурных, институциональных, социально-политических, социально-экономических и социокультурных [13, с. 254].

Результаты исследования

Развитие добровольчества/волонтерства в России предполагает наращивание компетенций добровольцев/волонтеров и добровольческих/волонтерских организаций по различным направлениям осуществляемой деятельности, включая сферы здравоохранения, образования, социальной поддержки населения, культуры, физической культуры и спорта, охраны окружающей среды, предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, оказания правовой помощи населению и другие сферы [14].

По данным ВЦИОМ, в нашей стране количество волонтеров увеличилось с 20% в 2019 г. до 40% в 2021 г. За последние 5 лет 24% опрошенных передавали вещи в детские дома или дома престарелых, 21% вносили деньги на счет малоимущих, 15% — на счета благотворительных организаций, подавали милостыню 16%, участвовали в волонтерской работе 7%. Более активно благотворительностью занимаются люди 25—34 и 35—44 лет. Чаще других принимали участие в волонтерской деятельности (20%) и благотворительных акциях (14%) молодые люди 18—24 лет. Не вовлечены в благотворительную и волонтерскую деятельность 40% [15].

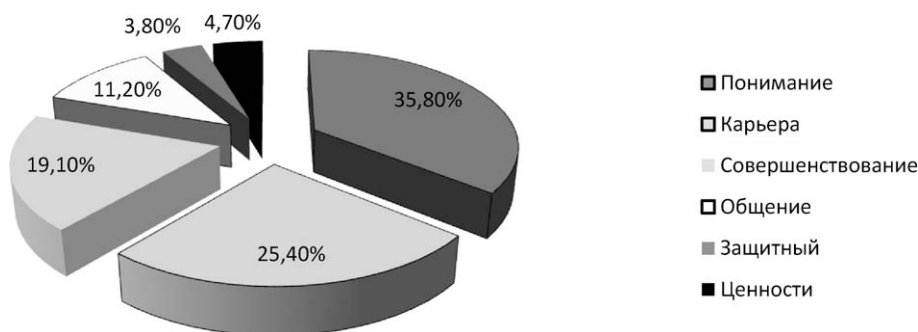


Рис. 1. Факторы мотивации студентов КГМУ к волонтерской деятельности.

В России существует мера поддержки студентов-медиков, которые помогали в период пандемии: при поступлении в ординатуру они получают дополнительные 20 баллов за волонтерство в сфере охраны здоровья [16].

Сегодня студент может проявить себя в любом направлении медицинского добровольчества: помогать в больницах, заниматься профилактикой заболеваний, обучением первой помощи, популяризацией донорства, пропагандой здорового образа жизни, проводить медицинскую профориентацию школьников.

Сегодня волонтерством в сфере здравоохранения занимается более 46 тыс. россиян во всех 85 регионах страны [17].

Высшее учебное заведение выступает особой социально-организационной средой, где формируются волонтерские отряды и готовятся кадры для работы в них. В медицинских вузах существует особая специфика подготовки и воспитания волонтеров. Мы предприняли попытку выявления системы подготовки волонтеров в КГМУ. В КГМУ организован 31 волонтерский отряд, в их работу вовлечены 1,5 тыс. студентов [18]. Вступление человека в какую-либо организацию имеет определенную причину, мотив. Нам важно было выявить доминирующие мотивы, побудившие молодых людей безвозмездно оказывать помощь людям, чтобы понять уровень соответствия и подготовки, методы и методики подготовки волонтеров. С этой целью был проведен социологический опрос, в котором приняли участие 370 студентов. Анкета была составлена с использованием перечня факторов мотивации добровольцев, выявленных американским исследователем Асканом Ф. Кернером. Ученый выделяет 6 факторов мотивации волонтерства:

Понимание — волонтерство позволяет человеку изучать или практиковать знания, навыки и способности.

Карьера — более близкое знакомство с профессиональной деятельностью может помочь повысить эффективность работы подопечных и произвести впечатление на наставников.

Общение — волонтерство предлагает возможности побыть с друзьями или заняться деятельностью, которая считается позитивной.

Защитный — бесплатные медицинские осмотры способны помочь социально-экономически обездоленным пациентам, которые не могут себе этого позволить.

Совершенствование — волонтерство повышает собственную самооценку, помогает студентам чувствовать себя нужными.

Ценности — поведение, осуществляемое в рамках соответствующей волонтерской деятельности, позволяет человеку обогатить свой внутренний мир, усилить нравственные качества личности [2, с. 36].

Результаты опроса показали, что среди представленных факторов мотивации волонтерства у наших студентов преобладают понимание, карьера, совершенствование (рис. 1).

Исследование подтвердило результаты опроса, проведенного зарубежными коллегами, и показало, что большинство мотивирующих факторов на самом деле могут быть обусловлены стремлением к профессиональному росту студентов-медиков, а не альтруистическими принципами. При этом нельзя отрицать важность формирования альтруистических мотивов у волонтеров, которые также необходимы для их становления как медицинских работников. С этой целью в КГМУ организовано обучение в Школе добровольчества «Движение вверх».

В процессе исследования нам удалось построить модель подготовки и развития волонтеров в условиях медицинского вуза на примере КГМУ. В модели представлены пять элементов: администрация вуза, структурные подразделения, Школа добровольчества «Движение вверх», волонтерские отряды и личность волонтера. Каждый элемент имеет свое назначение и функции (рис. 2).

Администрация вуза:

- проводит нормативное и методическое обеспечение процесса создания и деятельности волонтерских отрядов (Концепция развития добровольчества/волонтерства) в КГМУ до 2025 г. Положение о волонтерском/добровольческом отряде, Положение о конкурсе «Доброволец года КГМУ», Методическое пособие по организации волонтерской/добровольческой деятельности, Методические рекомендации по волонтерам в сфере COVID-19 в 2021 г.);

- проводит организационно-управленческую работу по обеспечению координации деятельности структурных подразделений вуза (деканаты, медико-фармацевтический колледж, кафедры);

- контролирует исполнение распоряжений и приказов структурными подразделениями.

Структурные подразделения:

- организуют волонтерский отряд;

- утверждают его структуру и участников;



Рис. 2. Организационно-мотивационная модель системы подготовки и развития волонтеров, реализуемая в условиях медицинского вуза на примере КГМУ.

- разрабатывают ежегодный план деятельности отряда;
- готовят отчеты о проделанной работе;
- осуществляют контроль за деятельностью волонтерских отрядов.

Школа добровольчества «Движение вверх» является особой мотивационной средой, способствующей формированию и развитию личности волонтера КГМУ. Цель школы — повышение компетентности волонтеров через обучение и мотивационную подготовку к включению студентов в добровольческую среду. В школе проводятся лекции, практические занятия, деловые игры, экскурсии, мастер-классы, организованные преподавателями и более опытными волонтерами. Становление личности волонтера предполагает поэтапное сопровождение и подготовку, которая осуществляется в школе при помощи различных методов и форм обучения и воспитания [19].

Волонтерские отряды. Личность волонтера. Волонтерский/добровольческий отряд — это добровольное объединение обучающихся, изъявивших желание бескорыстно (без извлечения прибыли) выполнять работу по профессионально ориентированной деятельности [20]. С одной стороны, благодаря деятельности структурных подразделений вуза

мы получаем волонтерский/добровольческий отряд как структурированный механизм, объединяющий студентов, изъявивших желание бескорыстно выполнять работу по профессионально ориентированной деятельности. С другой стороны, после прохождения подготовки в школе добровольчества «Движение вверх», мы получаем мотивированную, компетентную личность студента, альтруистически настроенную, стремящуюся к профессиональному самосовершенствованию.

Заключение

Результаты исследования показали, что организация эффективной работы волонтеров — это одно из важных направлений деятельности вуза. В КГМУ подготовка профессиональных волонтеров поставлена на высокий уровень: выстроена и успешно функционирует система подготовки студентов-медиков, в которой большое внимание уделяется не только усвоению знаний и передаче опыта, но и сопровождению формирования альтруистических мотивов, наличие которых необходимо для становления личности волонтера. Организационно-мотивационная система подготовки волонтеров в условиях медицинского вуза на примере КГМУ включает в себя управленческие механизмы, слаженное структурное взаимодействие, осмысленную мотивацию, систему профессиональной подготовки волонтеров и совместную самоотверженную работу преподавателей и студентов-медиков.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Chawłowska E., Staszewski R., Lipiak A., Giernaś B. Laboratory of International Health, Department of Preventive Medicine, Poznan University of Medical Sciences, Poznań, Poland. *Frontiers in Public Health*. Режим доступа: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.633888/full> (дата обращения 10.11.2021).
2. Koerner A. F. Career readiness is integral to the liberal arts. *NACE*. 2018;79(2):36—44.
3. Tsuei S. H.-T., Tsai A. Po-Yu. Examining Altruism in Medical Student Volunteer Work: A Reply to Pham's Article. Режим доступа: <https://in-training.org/examining-altruism-medical-student-volunteer-work-reply-phams-article-429> (дата обращения 08.10.2021).
4. McCall D., Iltis. A. S. Health. Care Voluntourism: Addressing Ethical Concerns of Undergraduate Student Participation in Global Health Volunteer Work. *HEC Forum*. 2014 Dec;26(4):285—97.
5. Федулова И. В. Добровольческая деятельность студентов медицинских вузов как актуальная образовательная практика

REFERENCES

- подготовки современного специалиста. *Инклюзия в образовании*. 2018;3(10):79—84.
- Головко О. В., Шмакова О. В. Значение волонтерства для студентов медицинского вуза. В кн.: Воспитательный процесс в медицинском университете: традиции и инновации. Материалы I международной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне (Кемерово, 24—25 апреля 2020 г.). Кемерово: ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России; 2020. С. 77—80.
 - Соколова Л. Н., Гаврилова О. А., Зюзькова С. А. Участие студентов в волонтерстве как способ формирования коммуникативных навыков. В кн.: Воспитательный процесс в медицинском вузе: теория и практика. Сборник научных трудов по материалам III межрегиональной научно-практической конференции (Иваново, 29—31 января 2020). Иваново; 2020. С. 179—81.
 - Chuikov O. E., Abramov A. P., Zulfugarzade T. E. Organization of pupil government in teaching activities of Stanislav Shatskii (through the example of Rural Summer School-Colony The Invigorating Life). *Eur. J. Contemporary Educ.* 2018;7(2):436—44. doi: 10.13187/ejced.2018.2.436
 - Чуйков О. Е., Смирнова Д. О. Добровольчество и волонтерство как тренд современного российского общества. *Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент*. 2019;9(2):188—95.
 - Чуйков О. Е., Смирнова Д. О. Волонтерство как социокультурное явление: практика реализации и мотивы участия. *Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент*. 2019;9(1):183—6.
 - Чуйков О. Е., Бровкина И. Л., Свечников В. А., Кубикова Н. В., Рудакова Э. Ю. Деятельность волонтеров-медиков в период пандемии COVID-19 (на примере работы штаба добровольческих отрядов Курского государственного медицинского университета). *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(Спецвыпуск):662—6.
 - Abramov A. P., Chuikov O. E., Gavrikov F. A., Ludwig S. D. The problems of contemporary education: Socio-cultural dimension of military education in modern Russia. *Eur. J. Contemporary Educat.* 2017;6(2):189—95.
 - Abramov A. P., Chuikov O., Pyaseckaya E. N., Svechnikov V. A. Educational system of Victor N. Soroka-Rosinsky: From coercion to voluntariness. *Eur. J. Contemporary Educat.* 2019;8(1):254—61.
 - Распоряжение Правительства РФ от 27.12.2018 № 2950-р «Об утверждении Концепции развития добровольчества (волонтерства) в Российской Федерации до 2025 года». СПС Консультант Плюс (дата обращения 10.10.2021).
 - Страна неравнодушных. Режим доступа: <http://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/strana-neravnodushnykh> (дата обращения 08.10.2021).
 - Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.11.2019 № 946н «О внесении изменения в Порядок приема на обучение по образовательным программам высшего образования — программам ординатуры, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 мая 2017 г. № 212н». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201912300065> (дата обращения 22.10.2021).
 - Как волонтерство помогает студентам-медикам. Режим доступа: <http://kdm26.ru/news/kak-volonterstvo-pomogaet-studentam-medikam> (дата обращения 08.10.2021).
 - Официальный сайт Комитета здравоохранения Курской области. Режим доступа: <http://kurskzdrav.ru/ru/press-center/news/novosti/svyshe-1-5-tysyachi-studentov-kgmu-vovlecheno-v-volonterskiyu-deyatelnost> (дата обращения 08.10.2021).
 - Официальный сайт Курского государственного медицинского университета. Режим доступа: http://kurskmed.com/department/students_school/section/module/subsection/dobroshoolKSMU/page/infdobroshool (дата обращения 08.10.2021).
 - Положение о волонтерском (добровольческом) отряде (утверждено решением ученого совета ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России от 12.10.2020 № 2). Режим доступа: https://kurskmed.com/upload/departments/volunteering/ДОКУМЕНТЫ/ПОЛОЖЕНИЕ_dobrovolchestvo.pdf (дата обращения 02.11.2021).
 - Chawłowska E., Staszewski R., Lipiak A., Giernas B. Laboratory of International Health, Department of Preventive Medicine, Poznan University of Medical Sciences, Poznań, Poland Frontiers in Public Health. Available at: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.633888/full> (accessed 10.11.2021) (in Polish).
 - Koerner A. F. Career readiness is integral to the liberal arts. *NACE*. 2018;79(2):36—44.
 - Tsuei S. H.-T., Tsai A. Po-Yu. Examining Altruism in Medical Student Volunteer Work: A Reply to Pham's Article. Available at: <https://in-training.org/examining-altruism-medical-student-volunteer-work-reply-phams-article-429> (accessed 08.10.2021).
 - McCall D., İltis. A. S. Health. Care Voluntourism: Addressing Ethical Concerns of Undergraduate Student Participation in Global Health Volunteer Work. *HEC Forum*. 2014 Dec;26(4):285—97.
 - Fedulova I. V. Voluntary activity of medical university students as an actual educational practice of training a modern specialist. *Inklyuziya v obrazovanii = Inclusion in Education*. 2018;3(2):79—84 (in Russian).
 - Golovko O. V., Shmakova O. V. The importance of volunteering for medical university students. In: Educational process at the Medical University: traditions and innovations. Materials of the I International Scientific and Practical Conference dedicated to the 75th anniversary of Victory in the Great Patriotic War (Kemerovo, April 24—25, 2020) [*Vospitatel'nyy protsess v meditsinskom universitete: traditsii i innovatsii. Materialy I mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii, posvyashchennoy 75-letiyu Pobedy v Velikoy Otechestvennoy voyne (Kemerovo, 24—25 aprelya 2020 g.)*]. Kemerovo: FSBEI IN KemSMU of the Ministry of Health of Russia; 2020. P. 77—80 (in Russian).
 - Sokolova L. N., Gavrilova O. A., Zyuzkova S. A. Student participation in volunteering as a way of forming communication skills. In: Educational process in a medical university: theory and practice. Collection of scientific papers based on the materials of the III Interregional Scientific and practical Conference (Ivanovo, January 29—31, 2020) [*Vospitatel'nyy protsess v meditsinskom vuze: teoriya i praktika. Sbornik nauchnykh трудов po materialam III mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii (Ivanovo, 29—31 yanvarya 2020)*]. Ivanovo; 2020. P. 179—81 (in Russian).
 - Chuikov O. E., Abramov A. P., Zulfugarzade T. E. Organization of pupil government in teaching activities of Stanislav Shatskii (through the example of Rural Summer School-Colony The Invigorating Life). *Eur. J. Contemporary Educ.* 2018;7(2):436—44. doi: 10.13187/ejced.2018.2.436
 - Chuikov O. E., Sмирнова D. O. Volunteerism and volunteerism as a trend of modern Russian society. *Izvestiya Yugo-Zapadnogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Ekonomika. Sotsiologiya. Menedzhment = Proceedings of the Southwestern State University. Series: Economics. Sociology. Management*. 2019;9(2):188—95 (in Russian).
 - Chuikov O. E., Sмирнова D. O. Volunteering as a socio-cultural phenomenon: implementation practice and motives for participation. *Izvestiya Yugo-Zapadnogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Ekonomika. Sotsiologiya. Menedzhment = Proceedings of the Southwestern State University. Series: Economics. Sociology. Management*. 2019;9(1):183—6 (in Russian).
 - Chuikov O. E., Bровкина I. L., Svechnikov V. A., Kubikova N. V., Rudakova E. Yu. Activities of medical volunteers during the COVID-19 pandemic (on the example of the work of the headquarters of volunteer detachments of Kursk State Medical University). *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2021;29(5):662—6 (in Russian).
 - Abramov A. P., Chuikov O. E., Gavrikov F. A., Ludwig S. D. The problems of contemporary education: Socio-cultural dimension of military education in modern Russia. *Eur. J. Contemporary Educat.* 2017;6(2):189—95.
 - Abramov A. P., Chuikov O., Pyaseckaya E. N., Svechnikov V. A. Educational system of Victor N. Soroka-Rosinsky: From coercion to voluntariness. *Eur. J. Contemporary Educat.* 2019;8(1):254—61.
 - Order of the Government of the Russian Federation dated 27.12.2018 N 2950-r «On approval of the Concept of development of volunteerism (volunteerism) in the Russian Federation until 2025». SPS Consultant Plus (accessed 10.10.2021) (in Russian).
 - The country of the indifferent. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/strana-neravnodushnykh> (accessed 08.10.2021) (in Russian).

Образование и кадры

16. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 946n dated 21.11.2019 «On Amendments to the Procedure for Admission to higher Education educational programs — residency programs, approved by Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 212n dated May 11, 2017». Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201912300065> (accessed 10.22.2021) (in Russian).
17. How volunteering helps medical students. Available at: <http://kdm26.EN/news/kak-volonterstvo-pomogaet-studentam-medikam> (accessed 08.10.2021) (in Russian).
18. Official website of the Kursk Region Health Committee. Available at: <https://kurskzdrav.ru/ru/press-center/news/novosti/svyshe-1-5-tysyachi-studentov-kgmu-vovlecheno-v-volonterskuyu-deyatelnost> (accessed 08.10.2021) (in Russian).
19. Official website of Kursk State Medical University. Available at: https://kurskmed.com/department/students_school/section/module/subsection/dobroshoolKSMU/page/infdobroshool (accessed 08.10.2021) (in Russian).
20. The regulations of the volunteer (volunteer) detachment (approved by the decision of the Academic Council of the Federal State Educational Institution of the KSMU of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 2 dated 12.10.2020). Available at: https://kurskmed.com/upload/departments/volunteering/ДОКУМЕНТЫ/ПОЛОЖЕНИЕ_dobrovolchestvo.pdf (accessed 02.11.2021) (In Russian).

За рубежом

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2022

УДК: 616-089.1

Калиев М. Т.¹, Иманкулова А. С.², Джумалиева Г. А.², Азимжанова М. Н.¹, Толбашиева Г. У.², Наралиев У. Т.³

КЛАССИФИКАТОР ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И МАНИПУЛЯЦИЙ В СИСТЕМЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

¹Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина», 720052, г. Бишкек, Кыргызская Республика;
²Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева, 720020, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Реформы здравоохранения в Кыргызской Республике направлены на совершенствование системы финансирования стационарной помощи. В 2003 г. внедрена система клинко-затратных групп. Хирургические клинко-затратные группы сформированы на основе «Классификатора хирургических операций и манипуляций», который не подвергался обновлению с момента его утверждения в 1997 г., что привело к искажению статистической информации и необходимости внедрения современного справочника. Цель исследования — провести сравнительный анализ международных классификаторов хирургических операций и манипуляций, оценить их соответствие клинической практике в Кыргызской Республике и на основе полученных данных разработать классификатор, который будет определен для применения в республике. Применяемый «Классификатор хирургических операций и манипуляций» включает в себя 2181 вид оперативных вмешательств, из которых 250 (12%) наименований операций не имеют точной формулировки вида операции (например, «Другие операции на головном мозге»), а 453 (21%) вида операций не применяются. Проведен детальный анализ международных классификаторов: Американского классификатора хирургических процедур — International Classification of Diseases-10 Procedure Coding System (ICD-10-PCS), Австралийской классификации медицинских вмешательств — Australian Classification of Health Interventions (ACHI), Нордической системы классификации хирургических процедур — NOMESCO Classification of Surgical Procedures (NCSP), Российской Номенклатуры медицинских услуг — Russian Nomenclature of Health Services (RNHS).

На основе систематизации данных наиболее оптимальным для применения в Кыргызской Республике определен российский классификатор «Номенклатура медицинских услуг». На основании полученных данных Министерство здравоохранения Кыргызской Республики продолжило работу по разработке нового классификатора хирургических вмешательств на основе Номенклатуры медицинских услуг Российской Федерации.

Ключевые слова: классификатор хирургических операций; кодирование операций и манипуляций; учет вмешательств; клинко-затратные группы; клинко-статистическая форма.

Для цитирования: Калиев М. Т., Иманкулова А. С., Джумалиева Г. А., Азимжанова М. Н., Толбашиева Г. У., Наралиев У. Т. Классификатор хирургических операций и манипуляций в системе финансирования медицинских услуг в Кыргызской Республике. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):318—321. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-318-321>

Для корреспонденции: Иманкулова Асель Сансызбаевна, канд. мед. наук, доцент, зав. сектором повышения квалификации Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева, e-mail: aselimankul@gmail.com

Kaliev M. T.¹, Imankulova A. S.², Djumaliyeva G. A.², Azimzhanova M. N.¹, Tolbashiyeva G. U.², Naraliev U. T.¹

THE CLASSIFIER OF SURGICAL OPERATIONS AND MANIPULATIONS IN SYSTEM OF MEDICAL SERVICES FINANCING IN THE KYRGYZ REPUBLIC

¹The R&D Production Complex “Preventive Medicine”, 720052, Bishkek, the Kyrgyz Republic;

²The I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy, 720020, Bishkek, the Kyrgyz Republic

The health care reforms in the Kyrgyz Republic are directed to develop hospital financing system. In 2003 the system of clinical-cost groups was introduced. The surgical clinical-cost groups are organized on the basis of existing classifier “The Surgical Operations and Manipulations”, which is not revised since its approval in 1997, that resulted in distortion of statistical information. Hence, need in development and implementation of modern reference book is obvious. The purpose of the study is to comparatively analyze international classifiers of surgical operations and manipulations, to evaluate their accordance to clinical practice in the Kyrgyz Republic and to develop new national classifier to be applied in the Kyrgyz Republic. The actually applied national classifier of Surgical Operations and Manipulations includes 2181 types of surgical interventions, 250 (12%) out of which have no accurate formulation (for example “The other types of brain surgeries”). In addition, 453 (21%) surgical operations are not applied. The detailed analysis of such international classifiers as the International Classification of Diseases-10 Procedure Coding System (ICD-10-PCS), the Australian Classification of Health Interventions (ACHI), the NOMESCO Classification of Surgical Procedures (NCSP), Nomenclature of Health Services, the Russian Nomenclature of Health Services (RNHS) was implemented.

The systematization of analyzed data permitted to determine the Russian classifier “Nomenclature of medical services” as the most optimal for implementation in the Kyrgyz Republic. The obtained and analyzed data made it possible for the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic to proceed activities related to development of new classifier of surgical interventions on the basis of the Nomenclature of Medical Services of the Russian Federation.

Keywords: classifier; surgical operations; coding; manipulations; account of interventions; clinical-cost groups; clinical-statistical forms.

For citation: Kaliev M. T., Imankulova A. S., Djumaliyeva G. A., Azimzhanova M. N., Tolbashiyeva G. U., Naraliev U. T. The classifier of surgical operations and manipulations in system of medical services financing in the Kyrgyz Republic. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):318—321 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-318-321>

За рубежом

For correspondence: Imankulova A. S., candidate of medical sciences, associate professor, the Head of Sector of Advanced Education of the I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy. e-mail: aselimankul@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 24.06.2021
Accepted 26.10.2021

Введение

Реформы здравоохранения в Кыргызской Республике (КР) значительно повлияли на трансформацию системы финансирования стационарной помощи. Принципиальным в этом направлении является разделение плательщика и поставщиков медицинских услуг. В стране создан единый Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), который и выступает в роли плательщика медицинских услуг [1—4].

В основе формирования кодификации и последующей платы за пациентов хирургического профиля использовался классификатор хирургических операций на основе Международной классификации болезней 9-го пересмотра (МКБ-9) [5—7].

Первая Международная классификация оперативных вмешательств была опубликована в 1978 г. В дальнейшем в ряде стран была проведена работа по классификации хирургических операций и манипуляций, которая показала различные подходы к кодированию медицинских услуг [8—12].

В целях повышения эффективности финансирования в 2003 г. была создана и внедрена система клиничко-затратных групп (КЗГ) как одна из моделей Diagnosis-related group (DRG) системы [1, 4, 7]. Несмотря на периодический пересмотр уровня коэффициентов КЗГ, система оплаты за стационарные услуги сохранила упрощенную структуру и требует дальнейшего совершенствования [1, 7]. Хирургические КЗГ разработаны на основании имеющегося Классификатора хирургических операций и манипуляций, который с момента утверждения в 1997 г. не подвергался пересмотру¹. Активное внедрение современных хирургических вмешательств и отсутствие «кодировок» к ним привели к искажению статистической информации. Указанные ограничения создали предпосылки к необходимости внедрения в системе КЗГ современного справочника для регистрации и учета хирургических манипуляций, что позволит в дальнейшем мотивировать стационары на повышение эффективности и оптимизирует процесс финансирования медицинских услуг [2, 5].

Цель исследования — провести сравнительный анализ международных классификаторов хирургических операций и манипуляций, оценить их соответствие клинической практике в Кыргызской Республике и на основе полученных данных разработать классификатор, который будет определен для применения в Кыргызской Республике.

Материалы и методы

Проведен анализ базы данных пролеченного случая хирургического больного Фонда ОМС при Правительстве Кыргызской Республики за 2003—2019 гг. на основе базы пролеченных случаев Фонда ОМС, клиничко-статистических форм (КСФ) выбывших из стационара (Форма № 066/у), утвержденных приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 04.03.2003 № 73 «О Программе государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью на 2003 год». Согласно данным информационной системы Фонда ОМС, за 14-летний период число пролеченных случаев составило 13 666 249 пролеченных случаев, проведено 2 582 874 хирургические операции.

Проанализировано содержание Классификатора хирургических операций и манипуляций КР и аналогичных международных классификаторов. В процессе сравнительного анализа выделены общие черты и различия, рассмотрены определения объекта классификации, признаки, классификационные критерии и их иерархия, система кодирования и отдельные формулировки их наименований, а также их практическая применимость в клинической практике.

Проведено анкетирование 320 врачей хирургического профиля организаций здравоохранения всех уровней здравоохранения, дальнейшее обсуждение и интервьюирование в 14 профильных хирургических ассоциациях с участием главных внештатных специалистов Минздрава КР.

Поэтапно по основным хирургическим дисциплинам проведена выборка наименований по специфичным видам оперативных вмешательств из применяемых в настоящее время в КР и анализируемых хирургических классификаторов. Далее в группах специалистов проведено обсуждение представленной информации, в процессе которого определялись основные критерии применимости: наличие в анализируемых хирургических классификаторах тех видов оперативных вмешательств, которые включены в применяемый в настоящее время в КР, адаптируемость к местной системе здравоохранения, простота выбора вида оперативного вмешательства, в том числе постановки кодировок, удобство применения, отсутствие «балластных» видов оперативных вмешательств (не применяемых в КР).

Результаты исследования

Применяемый в КР Классификатор хирургических операций и манипуляций утвержден Приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Фонда обязательного медицинского страхо-

¹ Приказ Министерства здравоохранения и Фонда ОМС Кыргызской Республики от 14.10.1997 № 223/34 «Об утверждении классификатора хирургических манипуляций и операций».

вания от 14.10.1997 № 223/34 на основе американского классификатора ICD-9-PCS. Классификатор включает в себя 2181 вид оперативных вмешательств, код каждой операции имеет четырехзначный номер. Первые две цифры указывают на принадлежность к основному разделу по анатомо-системному уровню, остальные две цифры представляют порядковый номер в перечисляемых операциях, допустимое расширение не более 99.

При анализе структуры проведенных операций в базе данных с 2003 г. отмечено, что из более чем 2,5 млн выполненных операций свыше 850 тыс. относятся к категории «Другие операции на органе...», при этом для данных медицинских услуг коэффициент КЗГ при подобной формулировке не позволяет быть актуальным и надежным. Абсолютно разным по затратоемкости операциям присваивается один код, например КОД 01.39. Эндоскопическое удаление внутримозговой опухоли (высокозатратный метод) и биопсия участка головного мозга (малозатратный метод), прочие виды рассечения головного мозга кодировались одним названием операции. При аналитическом сравнении базы данных и классификатора хирургических операций и манипуляций выявлено 453 (21%) наименований операций, которые не кодируются в базу данных более 10 лет (рис. 1).

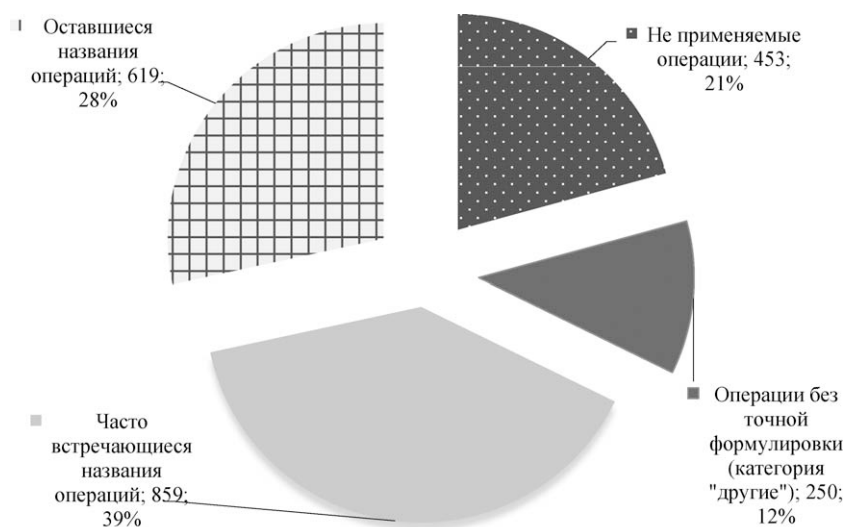
Данный факт свидетельствует о невозможности проведения дальнейших шагов по оптимизации системы финансирования хирургических стационаров без разработки современного классификатора хирургических операций.

Анализ вариантов классификаторов хирургических операций, применяемых в разных странах

Нами проведен анализ следующих классификаторов: ICD-10-PCS, АСНІ, NCSP, РНМУ.

ICD-10-PCS — американский классификатор процедур, выполняемых в условиях стационара, внедренный в 1998 г. Коды ICD-10-PCS состоят из семи буквенно-цифровых символов. Каждый символ представляет определенный признак процедуры. ICD-10-PCS включает более 9200 хирургических манипуляций.

АСНІ — Австралийская классификация медицинских вмешательств, структурирована по системе



Структурная характеристика классификатора хирургических операций и манипуляций (n=2861).

тела человека, месту и типу вмешательства. Коды АСНІ состоят из семи цифр, включает более 6200 медицинских вмешательств. Первые пять цифр — это номер позиции в программе оказания медицинских услуг (в Австралии). Расширение из двух цифр представляет конкретные вмешательства, включенные в этот пункт.

NCSP — первая общая скандинавская классификация хирургических процедур, состоит из 15 основных разделов в соответствии с функционально-анатомической системой тела и четырех вспомогательных разделов, содержащих терапевтические и исследовательские процедуры, диагностические процедуры, связанные с хирургией. Описанные коды процедур Коды NCSP состоят из трех буквенных символов (позиции 1—3 кода) и двух числовых символов (позиции 5—6 кода). Содержит более 11 тыс. наименований хирургических процедур.

РНМУ утверждена в Российской Федерации в 2017 г.² и подвергается ежегодному пересмотру. Номенклатура состоит из двух разделов. Раздел А — «Простые медицинские услуги» — построен по иерархической системе классификации и основан на анатомическом принципе. Каждая из перечисленных простых медицинских услуг может иметь законченное диагностическое или лечебное значение, что полностью соответствует формуле простой медицинской услуги различными способами/методиками выполнения услуги. В данном справочнике отражены 2780 услуг, которые отличаются полноценностью и простотой в изложении. Раздел В представляет собой построенную по иерархической системе классификацию сложных и комплексных медицинских услуг, применяемых при оказании медицинской помощи, содержит пять типовых разделов.

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804 «Об утверждении Номенклатуры медицинских услуг».

Сравнительная характеристика международных классификаторов хирургических операций

Параметры	Номенклатура медицинских услуг	ICD-10-PCS	АСНІ	NCSP
Общее количество операций в классификаторе	2780	9200	6200	Более 11 тыс.
Открытая аппендэктомия	A16.18.009	30571—00	APPY 0D5J0ZZ	JEA00

За рубежом

Приводим пример кодирования открытой аппендэктомии в разных кодификаторах хирургических вмешательств (см. таблицу).

Обсуждение

На основе систематизации проведенного детального анализа применимости современных хирургических классификаторов оптимальным для применения в Кыргызской Республике определен российский классификатор «Номенклатура медицинских услуг». Номенклатура медицинских услуг является наиболее удобной в применении, не требует дополнительного языкового перевода и менее сложна для кодировки хирургических операций. В своей структуре содержит 2780 наименований оперативных вмешательств, максимально приближенных по характеристикам, выполняемых на современном этапе в Кыргызской Республике.

Хирургическая операция или манипуляция российского классификатора «Номенклатура медицинских услуг» имеет законченное диагностическое или лечебное значение, что полностью соответствует формуле выполнения услуги, не требует дополнительного перевода, не содержит «балластных наименований». Отличительной особенностью является включение в систему кодировки нехирургических, но достаточно актуальных медицинских манипуляций, которые необходимо учитывать при определении коэффициентов затратоемкости в системе финансирования медицинских услуг.

Заключение

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики продолжило работу по разработке классификатора хирургических вмешательств на основе Номенклатуры медицинских услуг Российской Федерации.

В связи с проведенной работой Министерству здравоохранения Кыргызской Республики нами были предложены следующие рекомендации:

- провести обновление справочника хирургических операций и манипуляций;
- определить основой для нового справочника Номенклатуру медицинских услуг, применяемую в Российской Федерации;
- рассмотреть вопрос дальнейшего продвижения разработки кодификатора медицинских услуг, не относящихся к хирургическим манипуляциям.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Bredenkamp C., Bales S., Kahur K. Transition to Diagnosis-Related Group (DRG) Payments for Health. Washington, DC: World Bank; 2020.
2. Kutzin J., Cashin C., Jakab M., eds. Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition. WHO: European Observatory on Health Systems and Policies; 2010.
3. Ibraimova A., Akkazieva B., Ibraimov A., Manzhieva E., Rechel B. Kyrgyzstan: Health system review. *Health Syst. Transit.* 2011;13(3):152.

4. Мейманалиев Т. С., Калиев М. Т. История здравоохранения Кыргызской Республики. Часть 2 Период независимости после распада СССР: Монография. Бишкек; 2016.
5. Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Berkshire, England: Open University Press, McGraw-Hill Education, Maidenhead; 2011.
6. Thomson S., Sagan A., Mossialos E., eds. Private Health Insurance: History, Politics and Performance. European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge: University Press; 2020.
7. Кашин Ш. И. Системы оплаты услуги стационаров по пролеженным случаям: Пошаговое руководство по разработке и внедрению в странах с низкими и средними доходами. Алматы; 2005. 147 с.
8. NOMESCO Classification of Surgical Procedures (NCSP), version 1.15. Режим доступа: <http://norden.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A970547&dsid=220>
9. NHSN ICD-10 Operative Procedure Code Mappings (updated 12—2021). Режим доступа: <https://www.cdc.gov/nhsn/xls/fusn-icd-10-pcs-codes>
10. International Classification of Health Interventions (ICHI). Режим доступа: <https://www.who.int/classifications/ichi/en/>
11. Тюрина И. В. Принципы построения международной классификации медицинских вмешательств Всемирной организации здравоохранения. *Медицинские технологии. Оценка и выбор.* 2018;33(3):18—27. doi: 10.31556/2219-0678.2018.33.3.018-027
12. Тюрина И. В., Авксентьева М. В. Сравнительный анализ номенклатуры медицинских услуг и международной классификации медицинских вмешательств Всемирной организации здравоохранения. *Медицинские технологии. Оценка и выбор.* 2019;38(4):18—26. doi: 10.31556/2219-0678.2019.38.4.018-026

Поступила 24.06.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Bredenkamp C., Bales S., Kahur K. Transition to Diagnosis-Related Group (DRG) Payments for Health. Washington, DC: World Bank; 2020.
2. Kutzin J., Cashin C., Jakab M., eds. Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition. WHO: European Observatory on Health Systems and Policies; 2010.
3. Ibraimova A., Akkazieva B., Ibraimov A., Manzhieva E., Rechel B. Kyrgyzstan: Health system review. *Health Syst. Transit.* 2011;13(3):152.
4. Meymanaliev T. S., Kaliev M. T. History of the Kyrgyz Republic. Part 2. The period of independence after the collapse of the USSR: Monograph [Istoriya zdravookhraneniya Kyrgyzskoy Respubliki. Chast' 2 Period nezavisimosti posle raspada SSSR: Monografiya]. Bishkek; 2016. 151 p. (in Russian).
5. Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Berkshire, England: Open University Press, McGraw-Hill Education, Maidenhead; 2011.
6. Thomson S., Sagan A., Mossialos E., eds. Private Health Insurance: History, Politics and Performance. European Observatory on Health Systems and Policies. Cambridge: University Press; 2020.
7. Kashin Sh. I. Case-Based Inpatient Payment Systems: A Step-by-Step Guide to Design and Implementation in low- and middle-income countries [Sistemy oplaty uslugi stacionarov po prolechennym sluchayam: Poshagovoye rukovodstvo po razrabotke i vnedreniyu v stranakh s nizkimi i srednimi dokhodami]. Almaty; 2005 (in Russian).
8. NOMESCO Classification of Surgical Procedures (NCSP), version 1.15. Available at: <http://norden.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A970547&dsid=220>
9. NHSN ICD-10 Operative Procedure Code Mappings (updated 12—2021). Available at: <https://www.cdc.gov/nhsn/xls/fusn-icd-10-pcs-codes>
10. International Classification of Health Interventions (ICHI). Available at: <https://www.who.int/classifications/ichi/en/>
11. Tyurina I. V. Comparative analysis of nomenclature of medical services and international classification of health interventions of the World Health Organization. *Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor.* 2018;33(3):18—27. doi: 10.31556/2219-0678.2018.33.3.018-027 (in Russian).
12. Tyurina I. V., Avksent'eva M. V. Comparative analysis of the nomenclature of medical services and the international classification of medical interventions of the World Health Organization. *Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor.* 2019;38(4):18—26. doi: 10.31556/2219-0678.2019.38.4.018-026 (in Russian).

История медицины

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2022
УДК: 614.2

Затравкин С. Н.^{1,2}, Вишленкова Е. А.², Игнатьев В. Г.

РОССИЙСКАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ОТРАСЛЬ В 1990-е ГОДЫ. СООБЩЕНИЕ 2. ОПТИКА ВНЕШНИХ НАБЛЮДАТЕЛЕЙ

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

²НИУ «Высшая школа экономики», 107000, г. Москва

В данной статье, продолжающей тему истории фармацевтической отрасли в 1990-е годы, изменения в системе лекарственного обеспечения России показаны через инфраструктурные трансформации и их оценки политическими деятелями и регуляторами фармацевтического рынка.

Ключевые слова: история фармации; фармацевтический рынок; постсоветская Россия.

Для цитирования: Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Игнатьев В. Г. Российская фармацевтическая отрасль в 1990-е годы. Сообщение 2. Оптика внешних наблюдателей. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):322—328. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-322-328>

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, Ignatiev V. G.

THE RUSSIAN PHARMACEUTICAL BRANCH IN 1990s. REPORT II. THE OPTICS OF EXTERNAL OBSERVERS

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

²The National Research University “Higher School of Economics”, 107000, Moscow, Russia

The article proceeds to explore history of the pharmaceutical branch in the 1990s. The changes in system of medicinal supply in Russia are demonstrated through infrastructural transformations and their assessment by political figures and regulators of pharmaceutical market.

Keywords: history of pharmacy; pharmaceutical market; Post-Soviet Russia.

For citation: Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A., Ignatiev V. G. The Russian pharmaceutical branch in 1990s. Report II. The optics of external observers. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):322—328 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-322-328>

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.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 12.07.2021

Accepted 26.10.2021

К середине 1990-х годов государственные чиновники (в лице высшей бюрократии различных министерств и ведомств) и политики (депутаты Государственной думы, члены Совета Федерации) не без гордости констатировали факт демонтажа советской планово-распределительной системы лекарственного обеспечения и рождение фармацевтического рынка. Опираясь на данные международных агентств и на заявления российских лидеров, медийные средства сообщали о растущих объемах обо-

рота на внутреннем рынке (табл. 1), о том, что темпы его роста стремятся к мировым рекордам.

Политики и журналисты писали о расширении ассортимента фармацевтической продукции и облегчении доступа к ней российских потребителей. По опубликованным тогда данным, ассортимент московских аптек вырос с 200—300 единиц учета запасов (ЕУЗ) в советские времена до 1500 [1].

Творцы новой экономики позитивно оценивали очевидное расширение участников рыночных отношений, появление новой когорты людей — предпринимателей. Свидетельства в пользу этого утверждения были выражены в цифровой динамике: если к 1991 г. на всей территории СССР лицензию на производство лекарственных средств и субстанций имели около 200 предприятий, то теперь в одной только России и только отечественных пред-

Таблица 1

Показатели развития фармацевтического рынка в 1995—1997 гг.

Показатель	1995 г.	1996 г.	1997 г.
Объем рынка в ценах производителя, млрд USD	1,57	1,92	2,85
Объем рынка в ценах дистрибьютора, млрд USD	1,95	2,45	3,6
Объем рынка в ценах потребителя, млрд USD	2,4	3,05	4,5

История медицины

приятый было 370, а еще зарубежных — 880. Существенно выросло количество оптовиков: к началу 1998 г. их стало уже не 200, а почти 3700. Появившиеся фармацевтические издания, такие как «Ремедиум», уверяли, что российскую фарму делают люди с новым мышлением — «настоящие рыночники» [1]. Благодаря им в стране появляются новые предприятия с современными технологическими линиями, т. е. наукоемкие производства.

Из прессы российские читатели узнали, что советские фармацевтические предприятия смогли выжить и с 1996 г. начали наращивать объемы производства и сбыта лекарств, добиваясь относительно высокой рентабельности. Тогда ожидалось, что самые успешные из них смогут к 2000 г. довести объемы продаж до 100 млн долларов в год.

Создатели рыночной экономики объявили успешом рост числа приватизированных предприятий в фармацевтической отрасли. К 1998 г. 80% промышленных предприятий стали акционерными, т. е. перешли в коллективную собственность. Около 60% оборота в оптовом звене тогда приходилось на долю частных дистрибьюторов. Аптеки, хотя и остались в основном муниципальными или государственными, в большинстве своем тоже стали самостоятельными юридическими лицами.

Пресса того времени фиксировала рост иностранных инвестиций в российский фармацевтический рынок. В те времена это считалось политическим успехом и заслугой правительства. В качестве позитивного примера называли строительство фирмой «Серл» в подмосковном Изварино завода стоимостью 32 млн долларов в рамках соглашений, подписанных российско-американской комиссией по экономическому и технологическому сотрудничеству, решение о возведении фармацевтического завода стоимостью 150 млн долларов в г. Кстово Нижегородской области за счет целевого кредита Эксимбанка Японии, сотни миллионов долларов, инвестированных ICN в приобретенные российские заводы.

То ли ради привлечения инвесторов, то ли фиксируя реальность, журналисты подчеркивали и даже гипертрофировали заботу федеральных властей о фармацевтической отрасли. Пресса цитировала новые законодательные акты. С 1991 по 1997 г. для развития этой сферы было издано 6 указов Президента, принято 3 федеральных закона, 15 постановлений и много более мелких распоряжений правительства, разработано и реализовано 7 федеральных целевых программ. В этих распорядительных текстах приводится статистика позитивного развития рынка и оценка эффективности предшествующих мер.

И только когда случился дефолт 1998 г. и разразился кризис платежей, аналитики осознали, что статистически доказанный рост российского фармацевтического рынка был рукотворным продуктом медийщиков и консалтинговых компаний. В его основе лежал рост стоимости одной упаковки и учет в реализации товарообменных операций. А между

тем до 40% товара и денег после оптового склада уходило в «тень» [2]. Кроме того, эксперты показали сформировавшееся региональное неравенство в лекарственном обеспечении, рост удельного веса лекарств низкого качества, бедственное положение дел с лекарственным обеспечением сельского населения, вызванное массовым закрытием нерентабельных сельских аптек, вымывание отечественных лекарственных средств из лечебной практики¹.

Опытный администратор и аналитик Р. У. Хабриев констатировал, что ни выросший объем оборота на российском фармацевтическом рынке, ни наметившаяся тенденция к подъему отечественной фармацевтической промышленности, ни значительные инвестиции со стороны зарубежных партнеров не сделали лекарства легкодоступными для российских пациентов [4]. Это касалось 37% населения страны, проживавшего в сельской местности, почти половины льготников, утративших возможность получить необходимые им препараты, и еще примерно половины жителей страны, чьи доходы были на уровне и ниже прожиточного минимума и для которых лекарства стали недоступными в силу их высокой цены.

Оценки льготного обеспечения

Рецепта, как эффективно действовать в условиях хаоса, ни у кого не было. Отраслевой Олимп не состоял из злодеев и, судя по высказываниям, ощущал ответственность за происходящее. Среди бывших и действовавших бюрократов были профессионалы, которые реально переживали за проблемы и неудачи. Главной из них они считали положение дел в государственном секторе фармацевтического рынка, к которому относилось лекарственное обеспечение стационарных больных и льготных категорий граждан² при оказании им амбулаторной медицинской помощи.

Сохранение прежних советских социальных обязательств государства в условиях экономического кризиса и либерализации цен было проявлением политического волюнтаризма новой власти. Более того, число граждан, которым при амбулаторном лечении полагалось либо вовсе бесплатное, либо с 50% скидкой лекарственное обеспечение по рецептам врачей, в 1990-х годах было резко увеличено: право на льготы получили более 30% населения [5]. Такое решение послало сигнал избирателям, что новая власть имеет социальную ориентацию, но создало огромные проблемы в фармацевтической отрасли.

¹ В условиях высокой инфляции отечественные производители были вынуждены требовать предоплату от торговых организаций и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), которую никто дать не мог. А вот зарубежные фирмы и оптовики могли дать отсрочку — при доходности товара в 25—30% и кредитных ставках за границей в 3—4% годовых они получали хорошую доходность даже через 3—4 мес [3].

² Больные сахарным диабетом, туберкулезом, онкологическими заболеваниями и психическими расстройствами, кожно-венерическими болезнями, дети до 3 лет, инвалиды Великой Отечественной войны и приравненные к ним инвалиды, чернобыльцы и другие категории.

ли, поскольку найти средства для реализации красивого послания правительство не смогло.

И дело было не только и не столько в том, что федеральный и региональные бюджеты не располагали необходимыми суммами. Для реализации решения нужны были нормальные бюрократические знания, которых в условиях разрушения системы управления не было. Во-первых, никто не знал точного числа льготников [4]. Во-вторых, постановление правительства, предписывавшее соответствующие льготы³, было составлено таким образом, что, по словам Р. У. Хабриева, априори не могло быть выполнено из-за определения льгот — «все лекарственные средства». Такая формулировка позволяла врачам выписывать любые лекарства, что автоматически лишило управленцев возможности просчитать расходы [6]. В-третьих, на практике неуправляемо расширялся ассортимент лекарств за счет дорогостоящих импортных препаратов.

В условиях децентрализации снабжения и снятия запретов на внешнеэкономическую деятельность в Россию буквально хлынул поток импортных лекарств. Объем ввоза был таков, что в 1995 г. за день в министерство здравоохранения поступало до 50 заявок на предоставление права совершать такие торговые операции [7]. Если до 1990 г. в СССР было зарегистрировано всего около 2 тыс. наименований зарубежных лекарственных средств, то только в течение 1992—1996 гг. регистрацию прошли 5184 препарата зарубежного производства. Государственный реестр лекарственных средств 1996 г. включал 10 тыс. наименований⁴ от 882 фирм из 71 страны мира [8].

Продолжался рост цен на лекарства. В ценообразование свой вклад вносили все участники рынка, от производителей до покупателей. Производители закладывали в цены финансовые риски, связанные с задержкой платежей по договорам и стремлением российских компаний к получению масштабных товарных кредитов. По свидетельству Б. И. Шпигеля, иностранные производители повышали цены на свои препараты примерно раз в полгода. Например, супрастин в декабре 1997 г. стоил 1,01 доллара, а в начале 1998 г. — 1,24 доллара [9]. Поставщики наращивали цены путем многократной перепродажи товара и, кроме того, были заинтересованы в продвижении в первую очередь дорогостоящих препаратов, поскольку существующая система ценообразования позволяла зарабатывать на продаже импорта значительно больше, чем на отечественных медикаментах.

³ Постановление Правительства от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

⁴ Подавляющее большинство импортной продукции составляли дженерики, причем одних и тех же действующих веществ под разными торговыми наименованиями. Так, диклофенак натрия имел 104 регистрационных удостоверения, ампициллин — 55, метронидазол — 53, ципрофлоксацин — 49, атенолол — 42, бромгексин — 30 и т. д.

Аптечная сеть также была заинтересована в реализации более дорогих импортных лекарств: им более выгодно было продать импортный препарат за 100 руб., чем отечественный аналог за 10 руб. И даже у потребителей были мотивы внести свой вклад в цену лекарства. Амбулаторные пациенты просили врачей выписать им хорошие лекарства, а значит более дорогие. Что касается закупок для госпитального звена, то здесь работали коррупционные схемы, предполагавшие включение в закупочные цены разнообразных «откатов» для организаторов тендеров и иных «принимателей решений». Об этой неписаной практике было не принято говорить вслух, но она действовала.

В этих условиях произошел бурный неконтролируемый рост доли льготной и бесплатной рецептуры в торговом обороте аптек. Их доля в торговом обороте постоянно росла [10]. Например, в Тульской области в 1992 г. он составил 13%, в 1993 г. — 25,4%, в 1994 г. — 40,4%, а в 1995 г. достиг 62,8%. Похожая ситуация наблюдалась и в Татарстане: в 1992 г. — 14%, в 1993 г. — 31,5%, в 1994 г. — 46,1%, в 1995 г. — 54% [11]. В Москве динамика выглядела следующим образом: в 1993 г. — 24,5%, в 1994 г. — 30,4%, в 1995 г. — 40,1%, в 1996 г. — 42,9% [12].

Аналогичными темпами росла и доля расходов на льготы в общероссийском бюджете. Так, согласно данным Федерального фонда ОМС, расходы на лекарственное обеспечение составляли в 1996 г. от 12 до 48% бюджета на здравоохранение в зависимости от региона. Например, в Пензенской области расходы увеличились с 13% в 1994 г. до 30% в 1996 г. [5].

Региональные бюджеты, как могли, старались справиться со сверхнагрузкой, но по мере роста расходов бюджетные платежи стали все чаще задерживаться, а долги перед поставщиками — расти. Для аптек это стало «ежедневным проклятием». Например, в Москве в 1995 г. длительность неплатежей за отпущенные льготные лекарства доходила до 5 мес [13]. Фактически аптеки оказались вынужденными кредитовать бюджет, что нанесло удар по их и без того не очень большим оборотным средствам. В связи с этим многие аптечные учреждения отказались участвовать в обеспечении льготников.

С такими же проблемами столкнулись и поставщики лекарств для стационаров. Из-за длительных неплатежей многие частные коммерческие структуры стали уклоняться от участия в поставках фармацевтической продукции для государственного сектора. Кажется, в 1990-е годы снабжение больниц и льготных категорий пациентов не остановилось совсем только потому, что его осуществляли оставшиеся государственные аптечные склады, объединения «Фармация» и аптеки. Вследствие этого государственное оптовое звено оказалось малорентабельным [3].

Все эти экономические сбои россияне прочувствовали на своем здоровье, но мало кто из них имел понимание причин и размеров лекарственных дефицитов. О негативах обеспечения лекарствами

История медицины

современникам сообщали не пресса и не политики, а малотиражные фармиздания и статистические сборники. Таким образом, посвященных было немного. Данные этих изданий свидетельствуют, что пациенты стационаров и амбулаторий хронически недополучали необходимые лекарства. Доля отказов в аптеках по льготным рецептам достигала 40%. В 1996 г. Министерство здравоохранения признало, что удовлетворение потребности льготников в лекарствах продолжает держаться на уровне 62% [14]. Важные препараты не получали даже традиционно привилегированные в СССР группы: 62% инвалидов Великой Отечественной войны, 82% членов семей лиц, погибших во время военных конфликтов, 52% участников Великой Отечественной войны, 44% Героев СССР, 80% жертв политических репрессий, около 70% инвалидов [13]. В стационарах показатели были аналогичными. Обеспеченность лекарствами здесь редко достигала 60% от реальной потребности в них.

Имея дело с процессами энтропии государственной системы, чиновники здравоохранения пытались амортизировать падение посредством регулирования рыночных цен на лекарственные средства. Однако тогда ввести такое регулирование не удалось. Примечательно, что сопротивление вмешательству регулятора оказывали не рыночные игроки, а чиновники иных структур. По свидетельству Р. У. Хабриева, все инициативы «вязли в межведомственной переписке», т. е. умирали по пути к рынку [6].

Популистские решения центральной власти пытались компенсировать городские власти и управленцы лечебных заведений. Делали это теми средствами, которые были в их распоряжении. Для них было важным сделать управляемым поток раздачи дефицитных лекарств. Так, в Петербурге закупки лекарственных средств для льготников городские власти осуществляли централизованно по специально разработанным формулярным спискам⁵. А в Москве был создан перечень лекарственных средств, отпускаемых по льготным рецептам, утвержден перечень медицинских учреждений, имеющих право выписывать льготные рецепты, выбраны аптеки, имеющие право на отпуск по льготным рецептам, введена особая форма рецептурного бланка (с кодами), установлен порядок экспертизы счетов, реестров рецептов, утверждено положение, определяющее механизмы взаимодействия амбулаторных лечебных учреждений со страховыми компаниями и аптеками, проведено оснащение аптек компьютерами и программным обеспечением, разработанным страховыми компаниями.

⁵ В 1997 г. создана формулярная комиссия, которой был разработан городской формуляр на 309 наименований и рассчитана потребность в лекарственных средствах (ЛС) тех 1,5 млн человек, которые имели льготы. С марта 1997 г. была введена защищенная статья в бюджете, в 1998 г. достигнута ритмичность финансирования, ликвидирована задолженность аптекам, отменена практика предоплаты фирмам-поставщикам, снижена оптовая цена, создана система информационного обеспечения [15].

Проведение эксперимента было санкционировано распоряжением мэра в октябре 1995 г. с участием аптек Центрального и Зеленоградского административных округов, а с 1996 г. в нем приняли участие аптеки и больницы всех округов города. Логистику разработывали департамент финансов, комитеты здравоохранения и фармации, Московский городской фонд ОМС и две частные страховые компании — «МАКС» и «РОСНО». Финансирование осуществлялось за счет городского бюджета через Московский городской фонд ОМС. Страховые компании осуществляли проверку рецептов и формировали счета за отпущенные лекарственные средства.

Тщательно отработанная схема позволила исключить из обращения поддельные рецепты, выявить и пресечь случаи необоснованной выписки завышенного количества лекарственных средств, рецептов на пищевые добавки, рецептов на дорогие аналоги, выявить случаи выписки рецептов жителям иных регионов [13]. Но поддержание такого контроля стоило городскому бюджету слишком дорого, поэтому решено было пойти по пути сокращения дистанций и цепочек: для льготных лекарств были организованы специальные аптечные пункты при лечебных учреждениях.

Еще одним способом корректировки экономического волюнтаризма правительства стал проверенный в советские годы механизм ручного управления здравоохранением. Опросы, проведенные в 1996 г. Российской медицинской академией и Финансовой академией, показали, что более 70% врачей подтвердили существование гласных и негласных распоряжений руководителей здравоохранения, которые ограничивали предоставление льгот, 49% врачей были ограничены суммой, на которую могли выписать одному больному или всем пациентам лекарства на месяц. Для 17,7% врачей лимит состоял в количестве рецептов в расчете на одного больного или суммарно на месяц для всех пациентов [11].

Собственно, действия властей столичных городов и руководителей здравоохранения можно рассматривать как негативную оценку государственной системы лекарственного обеспечения, в которой странным образом были скрещены рыночные и социалистические механизмы. Но их компенсаторные усилия не смогли решить проблему обеспечения быстро беднеющих россиян все время дорожающими лекарствами.

Оценки приватизации

Ретроспективно почти все представители российской фармы считают стихийную приватизацию государственной собственности ошибкой. Аналитики российского бизнеса Я. Ш. Паппэ и Я. С. Галухина утверждают, что, вопреки предположениям, приватизация не создала конкурентной среды, не сформировала слой предпринимателей, не привлекла инвесторов и даже не принесла денег. Ее главным назначением было сделать невозможным реставрацию советского государственного устройства и помочь укрепиться новой власти [16].

Идеологически у нее было такое обоснование: правительство решило передать предприятия в собственность работников, хорошо знающих производственные процессы. Для фармации эта передача обернулась тем, что управление приватизированными заводами, оптовыми структурами и аптеками оказалось в руках «неэффективных» собственников⁶. Неэффективных потому, что ни управленцы, ни тем более трудовые коллективы не обладали ресурсами для инвестиций, а привлечь внешнее финансирование удалось немногим.

Приватизация сопровождалась рассогласованными оценками и конфликтом интересов двух влиятельных государственных структур того времени: Государственного комитета по антимонопольной политике и поддержке новых экономических структур (ГКАП России)⁷ и региональных «Фармаций». Ссылаясь на закон «О конкуренции и ограничении монополистической деятельности на товарных рынках», ГКАП доказывал незаконность деятельности «Фармаций» (использование доминирующего положения и создание препятствий свободной конкуренции) и настаивал на их ликвидации и принудительном разделении [17]. В 1995—1996 гг. ГКАП совместно с Государственным комитетом по управлению имуществом провел ревизию аптечной сети России. По результатам ревизии были возбуждено следствие и ликвидированы «Фармации» в Северной Осетии-Алании, Кировской, Костромской и ряде других областей [17]. «Фармации» в Приморском крае, Владимирской и Пензенской областях стали акционерными.

Устами отдельных своих представителей антимонопольное ведомство предсказывало, что разделение «Фармаций» и последующая приватизация их структурных элементов оздоровят лекарственный рынок: появится конкуренция, снизятся розничные цены на лекарства, расширится их ассортимент. [17]. Опытные менеджеры здравоохранения опасались негативных последствий и ратовали за централизацию. Они указывали на важность координации отдельных звеньев торговой сети для обеспечения стабильности номенклатуры лекарственных средств. Не случайно в тех регионах, где позиции губернатора и главы местного здравоохранения были достаточно сильными, чтобы противостоять давлению федерального центра, государственные «Фармации» продолжили свою работу.

Оценка информационного сопровождения

Молодой российский фармацевтический рынок страдал, с одной стороны, от дефицита оперативных

и достоверных сведений о лекарственных средствах и ценах на них, с другой — от шторма рекламной информации.

Российский центр фармацевтической и медико-технической информации Министерства здравоохранения (РЦ «Фармединфо») попытался взять на себя роль сборщика, аналитика и продавца информации, но не справился с ней. Не удалось это и коммерческим структурам. Ни справочники, ни местные газеты, ни рассылка прайс-листов, ни организация телефонных справочных проблему не решали. Раз за разом возникали ситуации, когда одни препараты поражали покупателей разбросом цен, а другие вдруг исчезали с прилавков местных аптек [7]. Даже в более или менее благополучном коммерческом секторе рынка отказы в аптеках, обслуживавших население, превышали 20%.

Поиск необходимого лекарства по-прежнему оставался российской реальностью, влек за собой потерю драгоценного во время болезни времени и сил. Участники II Российского национального конгресса «Человек и лекарство» признали изобилие лекарственных средств на российском рынке иллюзорным [7]. А. Д. Апазов даже грустно пошутил: «Мы достигли изобилия на рынке лекарств — но только с позиции человека, который зашел в аптеку просто так, а не потому, что ему нужны лекарства» [9, с. 6].

Безудержная и беспощадная реклама лекарственных средств сейчас является символом России 1990-х годов. Иначе как «беззаконие» это явление и тогда никто не называл. Но в стране отсутствовали механизмы ее сдерживания и не было социальной рекламы, направленной на развитие медицинской культуры. Вместо пропаганды здорового образа жизни и призывов беречь здоровье с помощью врачей реклама на телевидении, в прессе и на радио предлагала россиянам мгновенно оздоровиться, приняв конкретные препараты.

На телевидении информация о лекарственных средствах безрецептурного отпуска занимала третье место в объеме общего рекламного времени и четвертое по объему финансовых затрат [18]. Из 13 крупных рекламодателей 12 были фармацевтическими [10]. Лидерские позиции удерживала компания SmithKline Beecham, общий рекламный бюджет которой только за первые 5 мес 1998 г. составил 24,5 млн долларов. Из первых 7 препаратов, лидирующих по величине рекламного бюджета, 6 принадлежали этой фирме (в первую очередь панadol) [19]. За SmithKline Beecham шли Johnson & Johnson (7 млн долларов) и UPSA (6,08 млн долларов). Российские производители, выпускавшие дешевые дженерики, не имели возможность потратить 20% прибыли на рекламу, поэтому они практически не рекламировали свою продукцию.

И если телереклама фармпрепаратов хоть как-то регулировалась, то в прессе и в таблоидах ограниченный не существовало. Откровенная реклама «чудодейственных» средств от импотенции, ожирения и облысения перемещалась скрытой или мягкой ре-

⁶ В фармацевтической отрасли масштабная приватизация развилась после выхода Указа Президента РФ от 01.07.1992 № 721 и прилагавшегося к нему «Положения о коммерциализации государственных предприятий с одновременным преобразованием в общества открытого типа», предусматривавших обязательную приватизацию предприятий фармацевтической промышленности.

⁷ С марта 1997 г. — Государственный антимонопольный комитет Российской Федерации, а с сентября 1998 г. — Министерство Российской Федерации по антимонопольной политике и поддержке предпринимательства (МАП России).

История медицины

кламой в виде интервью с интересными людьми. В журналах сплошь и рядом предлагались запрещенные для продвижения вне специализированных научных изданий рецептурные средства. В 1990-е годы россияне отовсюду слышали, видели или читали о сильнодействующих антибиотиках (цефалексин, ципробай, сумамед, полжинокс, макмирор) и сердечно-сосудистых препаратах (оликард, нитромиг, тензиомин, адалат). С рекламой рецептурных средств российские пациенты имели дело в коридорах поликлиник и больниц, где простаивали часовые очереди. По признанию Е. А. Вольской, специалиста в области рекламной этики, в 1990-е годы на российском фармацевтическом рынке нарушения перешли все мыслимые границы.

По настоянию Комитета по антимонопольной политике в 1998 г. Минздрав создал список научных журналов, в которых позволялось размещать информацию о рецептурных препаратах. Предполагалось, что в остальных изданиях такая реклама запрещена. Обнародование этого списка вызвало смещение специалистов. Он содержал ни много ни мало — 373 наименования, в числе которых были издания желтой прессы: «АиФ Любовь», «АиФ Здоровье», «Голое тело», «Быть мужчиной», «Интим, красота, здоровье, любовь», «Домашний знахарь» [10].

Столь же агрессивно российская фарма работала с врачами. Эту связь осуществляли медицинские представители. По данным кадровых агентств, в 1990-х годах это была самая массовая и доходная профессия на рынке труда. За несколько лет в России сформировался многотысячный штат таких работников. Фармацевтические фирмы обучали их приемам общения с медиками, осуществлению наблюдений за врачом и очередь в кабинет, получению полезной информации, в том числе расчету экономического потенциала доктора и размера его материального поощрения [20]. Никаких формальных или правовых ограничений в использовании этого инструмента торговли лекарствами в России не существовало. Фармкомпании щедро стимулировали врачей подарками, денежными выплатами, оплачивали им заграничные командировки и даже отдых. Это привело к росту доли импортных дорогих препаратов в рецептах и в Перечне жизненно важных лекарственных препаратов.

В те годы чиновники могли (это не считалось проявлением нелояльности) оценивать ситуацию критически и говорить об этом публично. Они признавали, что в ходе реформ фармацевтическая отрасль из структуры здравоохранения трансформировалась в коммерческий сегмент потребительского рынка. Правительство не контролировало даже финансовые потоки в системе здравоохранения, хотя более половины средств на фармацевтическом рынке составляли бюджетные средства. В 1998 г. А. А. Ишмухаметов вспоминал, что до дефолта «по каким правилам можно играть участники рынка определяли сами... каждый заинтересованный субъект рынка ощущал себя хозяином ситуации» [21]. Выступая в 1998 г. на конгрессе фармакологов и фармацевтов, академик Ми-

хаил Машковский назвал российский рынок лекарств дикими джунглями [22].

Такой ситуация в российской фармацевтической отрасли 1990-х годов предстает по материалам официальных изданий и в оценках ведомственных аналитиков.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Внедрение новых видов продукции и развитие структуры ассортимента фармацевтической продукции российских производителей. *Ремедиум*. 1997;(10):10—3.
2. Цейтлин О. Кризис начался не в августе. *Ремедиум*. 1998;(11—2):48—9.
3. Уздеников А. Н. Проблемы организации, управления и экономики оптового звена фармацевтического рынка России. *Фармация*. 1996;(2):9—14.
4. Хабриев Р. У. Национальная политика в области лекарств: слово за правительством. *Ремедиум*. 1998;(5):6—10.
5. Харпер Дж. Льготы, цены и бюджет: победителя не будет? (по материалам 3-й конференции Еврофорума по фармацевтическим препаратам и вопросам здравоохранения в России). *Ремедиум*. 1998;(1):29—31.
6. Хабриев Р. У. Уроки кризиса. *Ремедиум*. 1998;(9—10):1—3.
7. Организационно-экономические проблемы лекарственного обеспечения населения (по материалам докладов и тезисов II Российского национального конгресса «Человек и лекарство»). *Фармация*. 1995;(1):6—28.
8. Ягудина Р. И., Скулкова Р. С. Фармацевтический рынок России в цифрах. *Фармация*. 1997;(5):31—4.
9. Панюшин Р. Национальный интерес: политика в области лекарственных средств должна напомнить государству о существовании его граждан. *Ремедиум*. 1998;(1):4—8.
10. Апазов А. Д., Соснина Н. И., Кульчик Н. Я. Социально-правовые аспекты лекарственного обеспечения. *Фармация*. 1996;(4):9—15.
11. Юданов А. Финансовые тромбы: витальная угроза фармрынку. *Ремедиум*. 1997;(4):11—5.
12. Тельнова Е. А., Скулкова Р. С. Перспективы совершенствования системы льготного лекарственного обеспечения жителей Москвы. *Фармация*. 1997;(6):3—5.
13. Тельнова Е. А. Теоретическое обоснование системы управления качеством лекарственной помощи российским гражданам, имеющим право на государственную социальную поддержку. М.; 2006.
14. Подгорбунских Н. И., Толстова Е. В. Выполнение гарантий льготного лекарственного обеспечения населения на федеральном уровне. *Новая аптека*. 2002;(4):27—30.
15. Трофимова Е. Проблемы льготного лекарственного обеспечения в Санкт-Петербурге. *Ремедиум*. 1998;(4):40—2.
16. Паппэ Я. Ш., Галухина Я. С. Российский крупный бизнес. Первые 15 лет. Экономические хроники 1993—2008. М.: Издательский дом ВШЭ; 2009. С. 79—96.
17. Кокорина Т., Серебрякова Е. Российские аптеки: трудная дорога к самостоятельности. *Ремедиум*. 1997;(6):10—1.
18. О рекламе подробно. *Ремедиум*. 1998;(6):6—11.
19. Коровкин В., Светлов А. Телевизионная реклама фармацевтических препаратов. *Ремедиум*. 1998;(6):12—3.
20. Давыдов С. А. A posteriori: полевые силы. *Ремедиум*. 2014;(6):32—7.
21. Ишмухаметов А. Кризис. Власть. Рынок. *Ремедиум*. 1998;(9—10):6—7.
22. Рынок лекарств живет по законам джунглей. *Коммерсант*. № 77 от 30.04.1998. С. 11.

Поступила 12.07.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Introduction of new products and development in structure of the assortment of pharmaceutical products by Russian manufacturers. *Remedium*. 1997;(10):10—3 (in Russian).
2. Cejtlin O. It was not the August when the crisis first hit. *Remedium*. 1998;(11—2):48—9 (in Russian).

3. Uzdrenikov A. N. Problems of organization, management, and economy of the wholesale link of the Russian pharmaceutical market. *Farmatsiya*. 1996;(2):9–14 (in Russian).
4. Habriev R. U. National pharmaceutical policy: the government has the floor. *Remedium*. 1998;(5):6–10 (in Russian).
5. Harper J. Benefits, prices and budget: there will be no winner? (based on the materials of the 3rd Euroforum Conference on Pharmaceuticals and Healthcare issues in Russia). *Remedium*. 1998;(1):29–31 (in Russian).
6. Habriev R. U. Lessons of the crisis. *Remedium*. 1998;(9–10):1–3 (in Russian).
7. Organizational and economic problems of drug supply (based on the materials of reports and theses of the II Russian National Congress “Man and Medicine”). *Farmatsiya*. 1995;(1):6–28 (in Russian).
8. Jagudina R. I., Skulkova R. S. The pharmaceutical market of Russia in numbers. *Farmatsiya*. 1997;(5):31–4 (in Russian).
9. Panjushin R. National interest: the policy in the field of medicines should remind the state of its citizens’ existence. *Remedium*. 1998;(1):4–8 (in Russian).
10. Apazov A. D., Sosnina N. I., Kul’chik N. Ja. Socio-legal aspects of drug provision. *Farmatsiya*. 1996;(4):9–15 (in Russian).
11. Judanov A. Financial blood clots: a vital threat to the pharmaceutical market. *Remedium*. 1997;(4):11–5 (in Russian).
12. Tel’nova E. A., Skulkova R. S. Prospects for improving the system of preferential drug provision for residents of Moscow. *Farmatsiya*. 1997;(6):3–5 (in Russian).
13. Tel’nova E. A. Theoretical substantiation of the quality management system of medical care for Russian citizens entitled to state social support [*Teoreticheskoe obosnovanie sistemy upravlenija kachestvom lekarstvennoj pomoshhi rossijskim grazhdanam, imejushhim pravo na gosudarstvennuju social’nuju podderzhku*]. Moscow; 2006 (in Russian).
14. Podgorbunskih N. I., Tolstova E. V. Implementation of guarantees of preferential drug supply at the federal level. *Novaja apteka*. 2002;(4):27–30 (in Russian).
15. Trofimova E. Problems of preferential drug provision in St. Petersburg. *Remedium*. 1998;(4):40–2 (in Russian).
16. Pappje Ja. Sh., Galuhina Ja. S. Russian big business. The first 15 years. Economic chronicles 1993–2008 [*Rossijskij krupnyj biznes. Pervye 15 let. Jekonomicheskie hroniki 1993–2008*]. Moscow: HSE Publishing House; 2009. P. 79–96 (in Russian).
17. Kokorina T., Serebrjakova E. Russian pharmacies: a hard road to independence. *Remedium*. 1997;(6):10–1 (in Russian).
18. About advertising in detail. *Remedium*. 1998;(6):6–11 (in Russian).
19. Korovkin V., Svetlov A. Television advertising of pharmaceutical products. *Remedium*. 1998;(6):12–3 (in Russian).
20. Davydov S. A. A posteriori: field forces. *Remedium*. 2014;(6):32–7 (in Russian).
21. Ishmuhametov A. A. Crisis. Authorities. Market. *Remedium*. 2001;(6):19 (in Russian).
22. The drug market lives according to the laws of the jungle. *Kommer-sant*. № 77. 30.04.1998. P. 11 (in Russian).

Журавский С. Г.¹, Гончарова С. Г.², Поддубный М. В.²

«ПИСЬМА С. П. БОТКИНА ИЗ БОЛГАРИИ. 1877 Г.»: ИСТОРИЯ ПУБЛИКАЦИИ АВТОГРАФА

¹ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, 197022, г. Санкт-Петербург;

²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Болгарские письма 1877 г. С. П. Боткина к жене (Е. А. Боткиной, урожденной княжне Оболенской) были опубликованы в виде путевого дневника в 1892 г. в журнале «Вестник Европы» и отдельной книгой в 1893 г. Восстановлены семейные события, связанные с изданием эпистолярия. Для публикации материал частного характера сокращала Е. А. Боткина, а затем места с компрометирующей критикой убирал редактор журнала. Несмотря на добротный подготовленный текст, публикация была отложена самой Е. А. Боткиной, а позднее задерживалась из-за претензий цензурного ведомства. Отмечена роль многолетнего друга С. П. Боткина Н. А. Белоголового и общественного деятеля, издателя М. М. Стасюлевича в окончательном решении опубликовать эпистолярий. Проведенное впервые сравнение оригинала и печатного издания установило, что купюры составили более 1/3 авторского текста.

Ключевые слова: С. П. Боткин; Е. А. Боткина; письма; Болгария; М. М. Стасюлевич; Н. А. Белоголовый

Для цитирования: Журавский С. Г., Гончарова С. Г., Поддубный М. В. «Письма С. П. Боткина из Болгарии. 1877 г.»: история публикации автографа. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):329—338. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-329-338>

Для корреспонденции: Журавский Сергей Григорьевич, д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории слуха и речи НИЦ Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова, e-mail: s.jour@mail.ru

Zhuravskii S. G.¹, Goncharova S. G.², Poddubny M. V.²

“THE LETTERS OF S. P. BOTKIN FROM BULGARIA. 1877”: THE HISTORY OF PUBLICATION OF AUTOGRAPH

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Pavlov First Saint Petersburg State Medical University” of Minzdrav of Russia, 197022, St. Petersburg, Russia;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The letters of S. P. Botkin from Bulgaria (1877) to his wife, E. A. Botkina (née Princess Obolenskaya), were published as travel diary in the journal “Vestnik Evropy” in 1892 and as separate book in 1893. The family events related to publication of epistolary were restored. For publication, material of private nature was abridged by E. A. Botkina. Then, passages with compromising criticism were removed by editor of the journal. In spite of good quality of prepared text, publication was postponed by E. A. Botkina herself and afterwards it was lingered on because of claims of censorial department. The role of N. A. Belogolov, public figure and friend of S. P. Botkin of many years and M. M. Stasyulevich, a publisher, in final decision to publish epistolary is emphasized. The comparison of original and printed matter carried out for the first time, established that cuts made up to more than one third of author’s text.

Keywords: S. P. Botkin; E. A. Botkina; letters; Bulgaria; M. M. Stasyulevich; N. A. Belogolov.

For citation: Zhuravskii S. G., Goncharova S. G., Poddubny M. V. “The letters of S. P. Botkin from Bulgaria. 1877”: The history of publication of autograph. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):329—338 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-329-338>

For correspondence: Zhuravskii S. G., doctor of medical sciences, the Leading Researcher of the Laboratory of Hearing and Speech of the The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Pavlov First Saint Petersburg State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: s.jour@mail.ru

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

Acknowledgment. The study was partially implemented at the expense of the State R&D Project № 121060800163-8. The authors express their gratitude to A. A. Bondarenko, the candidate of physical and mathematical sciences, the Director of the Museum-Institute of Roerich Family for granted photography and right to its gratuitous publication.

Received 18.07.2021
Accepted 26.10.2021

Болгарские письма 1877 г. С. П. Боткина к жене, Екатерине Алексеевне Боткиной, были изданы в 1892 г. (через 15 лет после окончания войны и спустя 2 года после смерти автора) сначала в журнальной версии («Письма из Болгарии. 1877 г.» [1]), а затем отдельной книгой с дополнениями и несколько измененным названием («Письма С. П. Боткина из Болгарии. 1877 г.»; рис. 1) [2]. Ранее, работая с обнаруженной рукописью, мы показали ценность оригинального текста для представления биографии С. П. Боткина [3—5]. Цель настоящей работы —

раскрыть события, связанные с изданием «Писем С. П. Боткина из Болгарии. 1877 г.», и последующую судьбу рукописи.

Семейный архив Е. А. Боткина начала систематизировать вскоре после смерти мужа. Поводом, вероятно, послужила необходимость привести в хронологический порядок болгарскую корреспонденцию — самую объемную за годы их совместной жизни. Этот комплект, состоящий из 50 писем на 476 разноформатных листах рукописного текста, и стал началом пагинации¹.

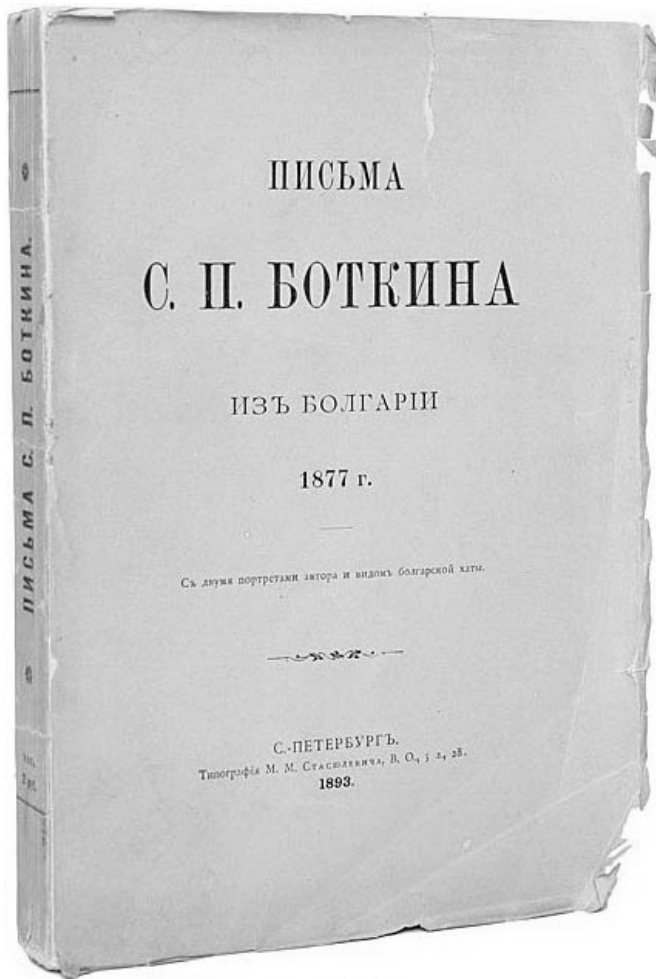


Рис. 1. Издание книги С. П. Боткина «Письма С. П. Боткина из Болгарии. 1877 г.» 1893 г.

Желание представить массовому читателю письма мужа, знаменитого русского врача и популярного в России общественного деятеля, могло возникнуть у вдовы на волне кампании по увековечению памяти С. П. Боткина. Уже через месяц после его кончины, в январе 1890 г., Санкт-Петербургская городская Дума предложила почтить память первого врача в своих рядах², переименовав в честь С. П. Боткина новую городскую барачную больницу на Александровском плацу [6]³. Императрица Мария Федоровна «в виду заслуг лейб-медика по устройству врачебной части в Общине <Св. Георгия>» учредила в больнице одну постоянную койку в память С. П. Боткина, обеспечив ее собственными средствами. Еще одну «памятную» кровать в общине

¹ Известны более ранние письма С. П. Боткина к Екатерине Алексеевне, получившие последующую нумерацию уже ее рукой (Боткин С. П. Письма к Е. А. Мордвиновой, 1875 гг.) [Отдел рукописей Российской национальной библиотеки (ОР РНБ). Фонд С. П. Боткина. Ф. 98. Д. 7. 5 л.]

² С 1881 по 1889 г. С. П. Боткин был гласным (депутатом) Санкт-Петербургской городской думы, членом и заместителем председателя думской Комиссии общественного здоровья.

³ С. П. Боткин стоял у истоков образования этой новейшей инфекционной больницы, в 1882—1889 гг. был ее попечителем по врачебной части.

стали финансировать великие князья⁴. В здании самой Думы и во всех городских больницах было решено установить портреты профессора⁵.

В 1870-е годы друзья и почитатели С. П. Боткина начали собирать деньги на создание образовательного учреждения. За два десятилетия было собрано 20 тыс. руб. [7]. Капитал хранился в семье и на банковских счетах, которыми управлял сам Боткин⁶. После его смерти возникла дискуссия о месте строительства — в Москве, где родился и учился С. П. Боткин, или в Санкт-Петербурге, где проходила его блистательная научная, преподавательская и клиническая деятельность⁷. Екатерина Алексеевна принимала активное участие в обсуждении. Она высказала идею построить в память С. П. Боткина именно школу и предложила место для нее «вблизи барачков, которые носят Сережино имя»⁸. Легко представить, что на волне общественных инициатив у нее могло возникнуть стремление внести и свой личный вклад в сохранение памяти мужа. С. П. Боткин был, как сегодня можно сказать, медийной персоной: как ученый был популярен среди не только врачей, но и всей образованной интеллигенции, как лейб-медик императорской семьи — у населения с патриархальными чувствами, как гласный Санкт-Петербургской городской Думы — среди общественной и управленческой элиты столицы. Издать письма такого человека должно было казаться заманчивой перспективой: общество приходило в восторг от появлявшейся эпистолярной литературы. Имели большой успех недавно опубликованные письма знаменитых современников (Пушкина, Тургенева, Крамского).

Однако были и иные, довольно удручающие обстоятельства, напрямую затрагивавшие вдову. Семейная ситуация складывалась совсем не в русле, о котором мечтал покойный. В его большом доме не оказалось той библейской патриархальной идиллии, которую описывал Н. А. Белоголовый в биографическом очерке [8, с. 47]. С уходом из жизни отца семья быстро перестала быть одним целым («тот дух, так крепко связывавший всю... семью при папе, исчез после него»⁹). Дети Сергея Петровича от

⁴ Отдел письменных источников Государственного исторического музея (ОПИ ГИМ). Ф. 122 (Боткины-Гучковы). Ед. 212 (Боткина Е. А. Письма к П. П. Боткину, 1876—1890 гг.). Л. 134—134 об. (письмо от 20 марта 1890 г.).

⁵ ОПИ ГИМ. Ф. 122 (Боткины-Гучковы). Ед. 173 (Боткин М. П. Письма и телеграммы к П. П. Боткину семейно-бытового и делового характера, 1888—1890 гг.). Л. 131 об. (письмо от 29 апреля 1890 г.).

⁶ Рукописный отдел Института русской литературы РАН (Пушкинский дом) (РО ИРЛИ). Архив М. М. Стасюлевича. Ф. 293. Оп. 1. Д. 264 (Боткина Е. А. Письма к М. М. Стасюлевичу, 1886—1906. Л. 17 (письмо от 2 апреля 1891 г.).

⁷ РО ИРЛИ. Архив М. М. Стасюлевича. Ф. 293. Оп. 1. Д. 264 (Боткина Е. А. Письма к М. М. Стасюлевичу, 1886—1906 гг.). Л. 7 (письмо от 7 декабря 1890 г.).

⁸ Отдел письменных источников Государственного исторического музея (ОПИ ГИМ). Ф. 122 (Боткины-Гучковы). Ед. 212 (Боткина Е. А. Письма к П. П. Боткину, 1876—1890 гг.). Л. 180 об. (письмо от 16 октября 1890 г.).

⁹ ОПИ ГИМ. Ф. 122 (Боткины-Гучковы). Ед. 163 (Боткин А. С. Письма к П. П. Боткину, 1873—1898 гг.). Л. 97 (письмо от 18 февраля 1892 г.).

История медицины

первого брака разделились на два лагеря: на одной стороне были те, которые едва терпели мачеху, на другой — которые все-таки испытывали к ней искренние и теплые чувства, осознавая, что значила эта женщина для их отца [4]. Овдовев, Екатерина Алексеевна вынуждена была сама решать ряд значительных материальных вопросов: содержание городского особняка, дачи в Гатчине, имения в Кульдилле, на ней остались семеро несовершеннолетних детей. Потребовалось установить памятник на могиле, изъять из бюджета семьи завещанные мужем деньги на организацию женских врачебных курсов, оплатить расходы типографии за печать тиража последнего выпуска лекций¹⁰ (проект предполагался убыточным и имел для С. П. Боткина только репутационное значение). Кроме того, уже в первые месяцы после смерти отца старшие дети С. П. Боткина от первого брака заявили о своей самостоятельности¹¹ и потребовали участия в оплате снимаемых ими квартир¹². Сразу же было решено продать дачу в Гатчине. Позднее, несмотря на желание покойного не делить дом, Екатерина Алексеевна была вынуждена выставить на продажу особняк на Галерной улице. Дом будет продаваться четыре года. Не гладко складывались у нее отношения и с братьями умершего мужа. С горечью она отмечала, что даже ее дети видят разное их отношение к потомству Сергея Петровича от первого и второго браков¹³.

Деля имущество со старшими наследниками¹⁴, Екатерина нуждалась в любой поддержке. Видимо, не раз в это психологически трудное время она перечитывала письма мужа из полугодовой болгарской разлуки. Обращения, нежные слова любимого возвращали ее в прошлую счастливую жизнь, становились душевной опорой, придавали уверенность в себе, в защите своих прав и общих малолетних детей¹⁵ в большом клане Боткиных, напоминали о собственной значимости для покойного. Подчеркивая толстыми красными чертами места особо трепетного выражения его чувств, она словно доказывала всему неблагоприятному окружению, что именно *ей* писались столь обстоятельные, смелые,



Рис. 2. С. П. Боткин с женой Екатериной Алексеевной. Фотоателье «Левицкий и сын» (ориентировочно, 1876 г.).

полные размышлений на не частные темы письма. Солидный объем корреспонденции, объединенной темой войны, обсуждение общественных вопросов, неофициальный, критический взгляд на события, командование, чиновников военно-медицинского ведомства и Красного Креста [5], — все это делало комплект болгарских писем Боткина самостоятельным эпистолярным документом, интересным для публичного представления. Сугубо личная причина издать письма, а не мотив общественного характера, нам кажется более вероятной.

Сподвигнуть Екатерину Алексеевну на такое решение мог и информационный всплеск, связанный с именами членов семьи Боткиных. Так, в эти годы продолжало издаваться собрание литературного наследия В. П. Боткина, старшего брата С. П. Боткина. Первый из трех томов с «Письмами об Испании» и публицистическими статьями вышел в 1890 г. [9]. Несколько ранее, в 1886 г., был успешно издан альбом галереи живописи другого брата, московского коллекционера Д. П. Боткина [10]. Готовил описание своей коллекции и младший из братьев М. П. Боткин. В обществе помнился значительный успех его книги о художнике А. А. Иванове [11]. Екатерина Алексеевна держала свой проект в тайне:

¹⁰ ОПИ ГИМ. Ф. 122 (Боткины-Гучковы). Ед. 212 (Боткина Е. А. Письма к П. П. Боткину, 1876—1890 гг.). Л. 173 (письмо от 26 сентября 1890 г.).

¹¹ ОПИ ГИМ. Ф. 122 (Боткины-Гучковы). Ед. 212 (Боткина Е. А. Письма к П. П. Боткину, 1876—1890 гг.). Л. 140 (письмо от 20 мая 1890 г.). ОПИ ГИМ. Ф. 122 (Ф. Боткиных-Гучковых). Ед. 168 (Боткин Е. С. Письма и телеграммы к П. П. Боткину личного характера и об увековечивании памяти С. П. Боткина, 1891—1906 гг.). Л. 1 (письмо от 6 марта 1991 г.).

¹² ОПИ ГИМ. Ф. 122 (Боткины-Гучковы). Ед. 258 (Константинов А. П. Письма к П. П. Боткину делового характера и о жизни членов семьи С. П. Боткина в С.-Петербурге, 1890—1900 гг.). Л. 80 (письмо от 24 апреля 1892 г.).

¹³ ОПИ ГИМ. Ф. 122 (Боткины-Гучковы). Ед. 212 (Боткина Е. А. Письма к П. П. Боткину, 1876—1890 гг.). Л. 184 об. (письмо от 22 октября 1890 г.).

¹⁴ Отдел рукописей Государственного Русского музея (ОР ГРМ). Фонд М. П. Боткина. Ед. 57 («Боткина Е. А.» Опись имущества С. П. Боткина, стоимость его и распределение между наследниками. Черновик в 2-х экз. 1889 г.). 9 л.

¹⁵ В год смерти С. П. Боткина общим с Екатериной шестерым детям было 14, 9, 6, 5 лет, 3 года и 1 год.

ни в ее письмах к московским родственникам мужа, ни в письмах детей С. П. Боткина к ним же, ни в переписке братьев Михаила и Петра Боткиных, ни в донесениях А. П. Константинова — представителя Санкт-Петербургского офиса семейной чаеоторговой фирмы — к ее главе, П. П. Боткину, нет никакой информации о готовящейся публикации. Не звучит этот мотив в письмах ни детей, ни братьев С. П. Боткина.

Таким образом, мы предлагаем две версии мотива публикации писем. Сложно сказать, какой из них для вдовы стал главным. Екатерина Алексеевна была единомышленником своего мужа. В то же время она оказалась в непростой, но хорошо понятной житейской обстановке, с ощутимыми материальными затруднениями и психологически тяжелой ситуацией в семье.

Договоренность была достигнута с Михаилом Матвеевичем Стасюлевичем, редактором и издателем «Вестника Европы» — одного из самых популярных российских толстых журналов, известным общественным деятелем. Политическим идеалом издания была конституционная монархия — «социальный либерализм». Издание было рассчитано на интеллигенцию и к началу 1890-х годов имело значительный тираж — около 7 тыс. экземпляров [12]. Возможность представить обществу письма известного отечественного деятеля, лейб-медика царской семьи, очевидного монархиста, но отличавшегося передовыми (критическими) взглядами на институты власти [5], встретила энтузиазм редактора.

Публикацию готовили к первой годовщине кончины С. П. Боткина. Из обращения к управляющему редакционной конторой А. Н. Пыпину становится ясно, что издатель обещал Екатерине Алексеевне начать «печатать письма С.<ергея> П.<етровича> в октябрьской книге», выделяя под этот проект по два печатных листа в каждом номере¹⁶. Из-за большого объема материала планировали продолжить и на следующий год. Такой тактикой — через поддержание интереса читателя — традиционно обеспечивался коммерческий успех новогодней подписки [12]. Это подчеркивает, что М. М. Стасюлевич рассматривал письма С. П. Боткина как значительное литературное событие.

Однако подготовительная работа затянулась. У Боткина был трудночитаемый почерк, поэтому Екатерине Алексеевне пришлось готовить наборную рукопись, переписывая письма своей рукой. Даже она иногда оказывалась в затруднении. Так, с отправлением в типографию текста вдова признавалась: «Вы найдете два листа оригинала, где красным карандашом подчеркнуты те слова, которые я не могла разобрать»¹⁷.

В середине декабря 1890 г., когда была выполнена брошюровка тетрадей для первого номера (на два месяца позже запланированного срока), в доме на Галерной произошло событие, изменившее ее планы. Екатерина Алексеевна попросила о безотлагательном разговоре с издателем. Стасюлевич был этим явно встревожен: «Многоуважаемая Екатерина Алексеевна, всегда готов быть у Вас с удовольствием, а по такому случаю — приеду даже если бы был болен»¹⁸. На встрече привезли типографские листы с первыми письмами. Представив после кому-то из близких свой проект, Екатерина сообщила о желании расторгнуть договоренность: «Многоуважаемый Михаил Матвеевич, взволнованная *тем разговором, который произошел при Вас сегодня у меня в кабинете*¹⁹, я собрала нескольких друзей и прочла им те 16 писем, которые напечатаны. Все до одного восстали против печатания в данное, еще слишком близкое время со столь еще свежей в памяти всех о деятельности Сергея Петровича и упростили меня сделать крайне для меня трудный шаг относительно Вас — просить выключить письма Сергея Петровича из книжки январской»²⁰. Кто был участником той встречи со Стасюлевичем и повлиял на решение Екатерины Алексеевны, пока не выяснено. Ее сообщение о том, что она собрала для обсуждения «несколько друзей», а не, скажем, «других друзей», позволяет думать, что участником встречи со Стасюлевичем и одновременно оппонентом, имевшим право голоса, выступил кто-то из членов ее семьи: «...Я не ожидала в среде близких встретить такую критику и просто боялась за последствия...»²¹. Полагаем, что им мог быть кто-то, особенно переживающий за нее, возможно, ее сестра Зоя Алексеевна (в замужестве Родзянко).

Понятно, что решение Екатерины не могло объясняться недостаточной подготовкой текста, так как к этому времени содержание было тщательно проработано. Интимные и семейные фрагменты она удалила сама. Можно быть уверенным и в том, что М. М. Стасюлевич, редактор либерального журнала, постоянно находившегося под угрозой закрытия [12], не пустил в печать и политически провокационный, цензурно ненадежный материал.

Как видно, первые боткинские письма для всего журнального тиража готовились к брошюровке без окончательного утверждения публикатора. Редактор не посчитал нужным согласовать с Екатериной Алексеевной текст, предоставленный ею же ранее. Об этом позволяет судить фраза одного из последующих писем Екатерины: «...Вышло какое-то недоразумение... Я *тоже* предполагала, что Вы мне да-

¹⁸ РО ИРЛИ. Д. 4924 (Стасюлевич М. М. Письма к Е. А. Боткиной). Л.1 (письмо от 7 декабря 1890 г.).

¹⁹ Здесь и далее курсив авторов статьи.

²⁰ РО ИРЛИ. Архив М. М. Стасюлевича. Ф. 293. Оп. 1. Д. 264 (Боткина Е. А. Письма к М. М. Стасюлевичу, 1886—1906 гг.). Л. 11 об. (письмо от 17 декабря 1890 г.).

²¹ РО ИРЛИ. Архив М. М. Стасюлевича. Ф. 293. Оп. 1. Д. 264 (Боткина Е. А. Письма к М. М. Стасюлевичу, 1886—1906 гг.). Л. 15 об. (без даты; ориентировочно 18—19 декабря 1890 г.).

¹⁶ Отдел рукописей Российской национальной библиотеки (ОР РНБ). Фонд А. Н. Пыпина. Ф. 621. Д. 840 (Стасюлевич М. М. Письма к А. Н. Пыпину. Париж, Динар и др. 1890 г.). Л. 3 об. (письмо от 16/28 июня 1890 г.).

¹⁷ РО ИРЛИ. Архив М. М. Стасюлевича. Ф. 293. Оп. 1. Д. 264 (Боткина Е. А. Письма к М. М. Стасюлевичу, 1886—1906 гг.). Л. 5 (письмо от 25 сентября 1890 г.).

История медицины

дите все²² имеющиеся у Вас в руках письма в кор- ректурных листках и тогда собрав *детей и друзей* при совместном чтении, получив более полное впечатление, тех из 16 писем²³, не спеша обсудить редакцию писем, что выкинуть и что оставить, тогда их и напечатать».

Екатерина Алексеевна почувствовала в издании частных писем опасность, которая затрагивала не публичное имя ее мужа (известного врача, общественного деятеля, профессора), а некую сакральную для них обеих сторону: «Вы конечно не сомневаетесь, что мне в высшей степени тягостно и неприятно ставить себя в настоящее положение перед Вами, но несмотря на всю тягость, мне невыносимо тяжело подумать только, что хоть один голос может повторить, то что Вы слышали вместе со мною. Имя Сергея Петровича для меня *свято* и я легко относиться к нелестным отзывам не могу, поэтому *безоговорочно* решаюсь *до поры до времени* не печатать его письма».

Что же могло насторожить в профессионально подготовленном материале? Мы склоняемся к выводу, что угрозу 41-летней вдова увидела в том, что публикация косвенно могла напоминать об истории тайных отношений и двойной жизни С. П. Боткина и Екатерины Алексеевны в первые годы знакомства [3]. Связь зрелого, женатого мужчины, служившего при дворе, и молодой, холеричной представительницы знатного рода, но отвергнутой светским обществом из-за строптивости и анархических взглядов [4, с. 296—298], не оставляла в покое ни родственников, ни окружение. После смерти первой супруги Боткину было нелегко решиться создать вторую семью²⁴. Это чувствуется и по обмолвкам о братьях в болгарской переписке²⁵, и по сторонним свидетельствам [13, 14, 15, с. 24]²⁶. Даже спустя 15 лет после заключения этого брака его инородность в глазах петербургского света красноречиво характеризует восклицание Александра III: «Зачем С.<ергей> П.<етрович> женился на ней?»²⁷. Показательно и то, что Екатерина Алексеевна не получила официального соболезнования императорской семьи, а пенсия за заслуги по утрате кормильца была

назначена малолетним детям, а не вдове, как принято было в таких случаях («случай беспримерный и я не могу счесть его иначе как <за> вторую гру- бость»)²⁸.

Разумеется, если бы издательский проект Екатерины Алексеевны объяснялся мемориальной целью, уверенности довести дело до конца было бы больше. Напротив, мотив осознанной или подсознательной самозащиты допускает большую вероятность сомнений в верности своего решения. Последнее объяснение чувствуется по подтексту письма к издателью, в котором Екатерина Алексеевна не называет причину открыто, ограничиваясь пространством доводом, что от публикации выйдет «опасное дело, для имени Сергея Петровича и масса неприятностей в будущем лично мне»²⁹.

Заметим, что на ее настроение могла повлиять и обстановка в литературном мире. В начале 1889 г. все в том же «Вестнике Европы» появилась резонансная статья И. А. Гончарова «Нарушение воли», в которой знаменитый литератор резко выступил против посмертных публикаций частных писем: «Пусть письма мои остаются собственностью тех, кому они писаны, и не переходят в другие руки, а потом предаются уничтожению» [16]. Категоричность требования была ответом на бесцеремонную с точки зрения общественной морали огласку деталей частной жизни недавних современников, а также затрагивание имен еще живых корреспондентов [17, с. 357—358]. При знакомстве с этой публикацией хорошо представляется, как Боткина могла легко уверовать в то, что ее деятельность становится «нарушением воли» покойного мужа «не печатать ничего», что он не опубликовал сам при жизни.

Екатерина Алексеевна понимала, что наносит убыток издательству, и заверила, что «все материальные издержки, которые повлечет за собою вырезание этой статьи в январском номере, в особое мне одолжение в виду наших близких и дружеских отношений, я усердно прошу Вас дать мне восполнить...»³⁰. На этом письме имеется помета рукой Стасюлевича: «11 ч. веч.<ера> отв.<етил> соглас.<ием>»³¹. Памятным артефактом его решения остался январский выпуск 1891 г. журнала «Вестник Европы»³², в нумерации которого отсутствуют страницы со 123-й по 158-ю.

Понадобилось 2 года, чтобы Екатерина Алексеевна вернулась к своему прежнему плану. Допускаем,

²² Подчеркнуто в рукописи.

²³ Имеются в виду те письма, которые составили материал для первого номера журнальной публикации.

²⁴ ОР РНБ. Фонд С. П. Боткина. Ф. 98. Д. 7 (Боткин С. П. Письма к Е. А. Мордвиновой, 1875 гг.). 5 л.

²⁵ Отдел истории медицины Национального научно-исследовательского института организации здравоохранения имени Н. А. Семашко (ОИМ ННИИОЗ). Боткин С. П. Письма к Е. А. Боткиной, Болгария, 1877 г. Письмо от 10 августа 1877 г.

²⁶ В одном из писем к брату Михаилу перед женитьбой С. П. Боткин с горечью сообщал, что о его планах жениться «...теперь знает уже весь город. Маша Полотебнова <родная сестра первой жены Боткина, была замужем за профессором ИМХА дерматологом А. Г. Полотебновым, научным последователем Боткина> после известия не выходит почти из припадков истерики» [РО ИРЛИ. Фонд М. П. Боткина. Ф. 365. Оп. 1. Ед. хр. 13/1 (Боткин С. П. Письма к М. П. Боткину, 1874—1889 гг.). Л. 26 (письмо от 10 апреля 1876 г.)].

²⁷ ОПИ ГИМ. Ф. 122 (Боткины-Гучковы). Ед. 173 (Боткин М. П. Письма и телеграммы к П. П. Боткину семейно-бытового и делового характера, 1888—1890 гг.). Л. 150 (письмо от 18 июля 1890 г.).

²⁸ ОПИ ГИМ. Ф. 122 (Боткины-Гучковы). Ед. 212 (Боткина Е. А. Письма к П. П. Боткину, 1876—1890 гг.). Л. 153 (письмо от 13 июня 1890 г.).

²⁹ РО ИРЛИ. Архив М. М. Стасюлевича. Ф. 293. Оп. 1. Д. 264 (Боткина Е. А. Письма к М. М. Стасюлевичу, 1886—1906 гг.). Л. 12—12 об. (письмо от 17 декабря 1890 г.).

³⁰ РО ИРЛИ. Архив М. М. Стасюлевича. Ф. 293. Оп. 1. Д. 264 (Боткина Е. А. Письма к М. М. Стасюлевичу, 1886—1906 гг.). Л. 12—13 (письмо от 17 декабря 1890 г.).

³¹ РО ИРЛИ. Архив М. М. Стасюлевича. Ф. 293. Оп. 1. Д. 264 (Боткина Е. А. Письма к М. М. Стасюлевичу, 1886—1906 гг.). Л. 11 (письмо от 17 декабря 1890 г.).

³² С электронной версией архива «Вестника Европы» можно ознакомиться на сайте Президентской библиотеки им. Б. Н. Ельцина (Санкт-Петербург): <https://www.prlib.ru/section/684601>.

что толчком на этот раз стало обращение давнего друга семьи Н. А. Белоголового. Проживая в те годы в швейцарской Лозанне, уже не занимаясь врачебной практикой [18, с. XVIII], отойдя от своего собственного издательского проекта³³, он взялся за написание биографического очерка о С. П. Боткине: «Издатель Павленков³⁴ обратился ко мне с предложением составить биографию Сережи для издаваемой им „Биографической Библиотеки“; я согласился с удовольствием, потому что работа эта очень мне по душе, да и свободного времени в изобилии». Сегодня по содержанию очерка видно, что при его составлении Белоголовый использовал свою многолетнюю переписку с другом. Но значимый для биографии болгарский этап не был отражен в этой корреспонденции: находясь на войне, С. П. Боткин не писал никому, кроме своей жены. Поэтому автор обратился к Екатерине Алексеевне с просьбой помочь документальными сведениями, касающимися именно этого периода: «Дав согласие, — продолжает он, — я струсил, что не совладаю с задачей и что у меня не хватит фактического материала, так как приходится черпать его почти исключительно из своей памяти и из сохранившихся у меня писем, не имея под руками для справок и проверки никаких источников, ни живых, ни мертвых... Не можете ли Вы послать мне письма, из корректуры, Сережи к Вам во время войны и которые Вы хотели печатать? Я их пробегу и тотчас же верну Вам их обратно в сохранности; даю Вам слово, что перепечатывать их ни под каким видом не стану; нужны мне они только для восстановления хронологии и, может быть, осветить мне кой-какие частности этой поездки...»³⁵. На этом материале Н. А. Белоголовый планировал показать демократизм взглядов С. П. Боткина, его гуманистическую устремленность. В окружении семьи было памятно, как лейб-медик императора, следуя своему профессиональному интересу, посещал госпитали и лазареты для солдат, проводил осмотры, консультировал молодых врачей, участвовал во вскрытиях, лично оказывал медицинскую помощь.

Екатерина выслала типографский отиск писем для первого журнального номера. Однако после знакомства с текстом Н. А. Белоголовый сделал заключение о невозможности использовать материал, посчитав его малозначительным («слишком частным эпизодом жизни Сережи и <который> не должен занять место в такой краткой биографии, какие дает издание Павленкова»)³⁶. Повествование в нем заканчивалось событием 1 июля 1877 г., когда Глав-

ная квартира только вступила на болгарский берег Дуная. Информации о крупных сражениях, их медицинском обеспечении здесь не оказалось. Перемещения императора, заметки этнографического, антропологического характера не представляли интереса для Белоголового. Кроме того, бросались в глаза восторженные отзывы автора о начатой войне³⁷ [3, с. 376]. Это должно было вызывать протест у человека, отличавшегося антиправительственными взглядами [19].

Не обнаружив нужных сведений, Н. А. Белоголовый вновь обратился к Екатерине Алексеевне с просьбой выписать из оставшейся рукописи «наиболее яркие отрывки, где говорится о лазаретах, о посещениях их, о его личной деятельности во время войны...»³⁸. Отсюда становится понятным, что цитаты для биографического очерка Н. А. Белоголового [8, с. 52—4] были подобраны самой Екатериной Алексеевной.

К этому времени в Санкт-Петербургскую городскую Думу уже поступил архитектурный проект мемориальной школы С. П. Боткина, была составлена смета [20, 21], выделена земля на Васильевском острове, а 30 мая 1891 г. торжественно состоялась закладка фундамента здания. Дело контролировалось комиссией по народному образованию (Училищной комиссией), председателем которой был М. М. Стасюлевич. Последний, видимо, приложил много усилий, чтобы этот проект реализовался. Таким образом, очередная волна публичной активности, возникшая вокруг имени покойного супруга, личное участие М. М. Стасюлевича в продвижении строительства школы³⁹, очерк, готовившийся в книжной серии «Жизнь замечательных людей», не оставили Екатерину Алексеевну безучастной и вынудили ее вернуться к прежнему решению.

Подготовленный к печати эпистолярный приобрел форму поденного дневника, для которого предлагался подзаголовок «путевой дневник»⁴⁰. Сравнение оригинала, сохранившихся фрагментов наборной рукописи, редакторской корректуры и окончательной журнальной версии показало, что работа с

³⁶ ФБ ВМА. Фонд С. П. Боткина. Ф. XV. Ед. хр. 10. № 4 (Белоголовый Н. А. Письма к Е. А. Боткиной). Л. 1 (письмо без даты, ориентировочно октябрь 1891 г.).

³⁷ Из-за дипломатических провалов России при заключении Сан-Стефанского договора и на Берлинском конгрессе (1878) русско-турецкая война 1877—1878 гг. утратила в обществе свою первоначальную популярность. Во всех слоях общества эта кампания воспринималась как поражение. Давать какие-либо хвалебные отзывы о ней было не принято.

³⁸ ФБ ВМА. Архив С. П. Боткина. Ф. XV. Ед. хр. 10. № 4 (Белоголовый Н. А. Письма к Е. А. Боткиной). Л. 1 об. (письмо № 2, от 26 сентября <1891 г.>).

³⁹ О значительном и, возможно, решающем вкладе М. М. Стасюлевича в доведение до конца строительства «школы Боткина» указывается в благодарственном письме М. П. Боткина [РО ИРЛИ. Архив М. М. Стасюлевича. Ф. 293. Оп. 1. Ед. хр. 259 (Боткин М. П. Письма к М. М. Стасюлевичу, 1892—1908 гг.). Л. 1 (письмо от 29 сентября <1892 г.>)].

⁴⁰ РО ИРЛИ. Архив М. М. Стасюлевича. Ф. 293. Оп. 3. Ед. хр. 36 (Наборная рукопись и типографский отиск «Писем С. П. Боткина из Болгарии. 1877» с редакторской корректурой из мартовского выпуска «Вестника Европы» 1892 г. <Письма № 25—27>). 45 л.

³³ Н. А. Белоголовый был редактором эмигрантской газеты «Общее дело», которая переняла инициативу герценовского «Колокола» после прекращения его существования.

³⁴ Флорентий Федорович Павленков (1839—1890) — издатель книжной серии «Жизнь замечательных людей. Биографическая библиотека Ф. Павленкова», которая начала выходить в свет с 1890 г. Речь идет о биографическом очерке [8].

³⁵ Фундаментальная библиотека Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (ФБ ВМА). Фонд С. П. Боткина. Ф. XV. Ед. хр. 10. № 4 (Белоголовый Н. А. Письма к Е. А. Боткиной). Л. 1 об. — 2 (письмо от 29 сентября <1891 г.>).

История медицины

текстом шла тремя итерациями. Екатерина Алексеевна составляла наборную рукопись, удаляя интимные и семейные фрагменты переписки [3]. Такие эпизоды, как правило, выделены в автографе косыми чертами красными чернилами. Заметим, что в издании они часто не отмечены отточиями, почему в большинстве случаев нет понимания, где расположены купюры. М. М. Стасюлевич проверял уже типографскую версию, удаляя или сглаживая политически опасные формулировки. На сохранившихся в архиве М. М. Стасюлевича типографских редакторских листах имеются участки текста, вычеркнутые синим карандашом. Окончательный вариант снова читала и утверждала Екатерина. В августе 1892 г. М. М. Стасюлевич сообщал управляющему издательством, что корректура писем для октябрьского номера им уже просмотрена, однако просил «не сдавать их в типографию, так как должен ожидать возвращения в город Боткиной»⁴¹. Сравнение публикации с рукописью обнаружило, что при издании было удалено более $\frac{1}{3}$ оригинального текста⁴². Большая часть купюр, касавшихся частного, семейного материала, была сделана лично Екатериной Алексеевной, а меньшая — редактором в соответствии с требованиями политкорректности того времени. Имея представление обо всем автографе, заметим, что с позиции требований И. А. Гончарова окончательный текст был безупречен для публичного представления.

В марте 1892 г. «Вестник Европы» начал печатать «Письма из Болгарии, 1877 г.» С. П. Боткина. Однако и на этом этапе не обошлось без препятствия, но теперь уже официального характера. Журнал издавался без предварительного утверждения, но за несколько дней до выхода каждый номер представлялся для утверждения в Санкт-Петербургский цензурный комитет [12]. «...Цензурный Комитет <...> распорядился задержать все экземпляры октябрьской книги. Виною того, между прочим, «Письма Боткина», завтра решится судьба наша окончательно...», — сообщает М. М. Стасюлевич одному из своих корреспондентов (письмо к А. М. Жемчужникову — автору Козьмы Пруткова — от 29 сентября 1892 г.) [22, с. 366]. По донесению цензора видна причина его недовольства: «В октябрьской книге „Вестника Европы“ в помещенных письмах Боткина из Болгарии крайне резко порицаются все действия главного штаба действующей армии. Боткин развивает мысль, что все беспорядки, весь ужас Плевненского сидения, постоянные голодовки солдат, огульное воровство — все имеет главным своим источником бездарность, тупость и наглость штабных... начальник штаба приравнен ослу Керимке. Государя обманывали на каждом шагу, никто не смеет открыть ему глаза. Придворный этикет, по мнению

доктора, „убивает прямоту“. Принимая во внимание, что события прошлой турецкой кампании слишком недавние по времени, что мнение г. Боткина роняет престиж всей русской армии, цензор полагал бы положительно неудобным помещение означенных писем в широко распространенном журнале, в том виде, по крайней мере, в каком они редактированы в октябрьской книге. <...> 26 Сентября 1892 г. Цензор С. И. Коссович»⁴³. Правительственное ведомство имело право задерживать ежемесячные журналы до четырех дней для вынесения решения [23, с. 158]. В резолюции, появившейся два дня спустя, указано, что «Г.<осподином> Председательствующим был делаем личный доклад начальнику Главного управления по д.<елам> п.<ечати> и книжку журнала положено выпустить с сокр.<ащениями>. 28 Сентября 1892 г. Цензор Н. Пантелеев». Тем не менее письма были опубликованы с купюрами преимущественно личного содержания. Положение печати в стране определялось не содержанием действующего закона, а текущей внутривластной обстановкой [24, с. 42]. Столь неожиданное решение можно объяснить известной неприязнью Александра III к ряду деятелей предыдущего царствования, в частности, к великому князю Николаю Николаевичу — старшему и его окружению [25]. Бывший главнокомандующий к тому времени уже 2 года как скончался. Дело благополучно продолжилось, и публикация была завершена к концу 1892 г.

Видно, что подготовка издания не только потребовала от редактора повышенного внимания, но и стоила ему немалых переживаний. Даже год спустя в его личной переписке появляется отсылка к их содержанию: «Не знаю, добрейший Анатолий Федорович, с которого конца и начать, — читаем в обращении М. М. Стасюлевича к его постоянному корреспонденту, знаменитому юристу А. Ф. Кони. — Не начать ли так, как покойный С.<ергей> П.<етрович> начинал все свои письма: барометр — veränderlich⁴⁴; термом.<етр> +18° R. в тени; небо — облачно» (письмо от 25 июля 1893 г.) [22, с. 459].

С «Письмами...» предполагалась уже отработанная в издательском деле практика. Сначала шла журнальная публикация, а затем с помощью того же типографского набора печаталась вся книга. Это значительно сокращало расходы и страховало от убытков на случай запрещения уже напечатанной и переплетенной книги [12, с. 39]. Похоже, Екатерина была воодушевлена работой, поскольку сама предложила добавить несколько документов, по тематике связанных с войной. «Многоуважаемый Михаил Матвеевич, посоветуйте, как поступить: печатать ли только те письма, которые были помещены в „Вест-

⁴¹ ОР РНБ. Фонд А. Н. Пыпина. Ф. 621. Ед. хр. 842 (Стасюлевич М. М. Письма к А. Н. Пыпину. Карлсбад, Булонь и др. 1892). Л. 16 (письмо от 5 (17) августа 1892 г.).

⁴² Компьютерный анализ текста показал, что купюры составили 38% всего объема автографа.

⁴³ Российский государственный исторический архив (РГИА). Архив Санкт-Петербургского цензурного комитета. Ф. 777. Оп. 2. 1865 г. Д. 102 б (Дело по изданию журнала «Вестник Европы» по выходе оно без предварительной цензуры). Л. 179—180 (Доклад цензора С. И. Коссовича о невозможности допустить опубликование писем и справка о разрешении Главного управления по делам печати выпуска журнала в свет).

⁴⁴ Переменно (нем.).

нике Европы“ или предпослать отрывки писем из Кишинева, которые Вам при сем посылаю для прочтения...»⁴⁵, — речь идет о нескольких письмах апреля 1877 г., когда лейб-медик сопровождал императора в поездке для объявления войны с Турцией.

Уже через 3 месяца, 24 мая 1893 г., М. М. Стасюлевич выслал Е. А. Боткиной только что вышедшую книгу⁴⁶. Досадно, что редактор, предприняв отдельное издание, не поручил кому-либо составить вступительную статью и комментарии. Такая практика не была обязательна, а многие из-за близости времени хорошо представляли, о каких событиях и о ком идет речь.

Книга была выпущена в двух вариантах — экономном (на обычной бумаге, в мягкой обложке) и подарочном (на веленовой бумаге, в плотном переплете). Сведения о тираже не обнаружены. Цена в мягкой обложке составляла 2 руб., что было обычным для книги такого объема. Екатерина, часто бывая в эти годы в Европе, вероятно, много времени проводила в обществе, поскольку обратилась в типографию с просьбой выслать книги в дорогом издании: сначала в количестве 25, затем 50, а позднее 100 экземпляров⁴⁷. Показательно, что на публикацию не последовало ни одного отзыва. В июньском выпуске 1893 г. «Вестника Европы» на третьей странице обложки в разделе «Библиографический листок» была дана краткая аннотация книги.

Спустя полгода (ноябрь 1893 г.) все из той же переписки узнаем, что «Письма...» бестселлером не стали. Для российского общества были унизительны дипломатические итоги последней войны [26]. Династия Романовых утратила былую популярность. В 1890—1891 гг. в стране разразился небывалый неурожай, за которым последовал массовый крестьянский голод. Это вызвало новый общественный подъем и всплеск интереса к внутривосточной обстановке [27, с. 307]. Многие были увлечены идеей революционной борьбы. Николай Семашко, бывший в те годы студентом-медиком, вспоминал, что большую часть учащейся молодежи и интеллигенции отличало протестное настроение [28, с. 293]. Прежние либеральные идеи уже никого не устраивали. Боткин однажды произнес, что жил в «своем времени» [29]. Это время безвозвратно ушло после трагического 1881 г. и последовавших контрреформ Александра III. Автор теперь уже не был «героем настоящего времени», как в 1860—1870-е годы. Деятели со сходными взглядами ушли из жизни, а новые, занимавшие их места, отличались иным, подчас радикальным мировоззрением. Эпистолярное произведение, в котором царский лейб-медик,

демонстрируя монархическую приверженность, говорил о все тех же причинах неудач русской армии в русско-турецкую войну 1877—1878 гг., что и в Крымскую кампанию 1854—1855 гг. [5], не нашло отклика у соотечественников.

Отсутствие спроса на книгу не позволило Екатерине Алексеевне покрыть расходы издательства в срок. «Не знаю, как идет продажа „Писем...“ и сколько я Вам еще состою должна за их напечатание», — спрашивала Екатерина Алексеевна год спустя после выхода книги и, чтобы рассчитаться, предложила Стасюлевичу переиздать ранние выпуски боткинских лекций, которые к тому времени уже стали библиографической редкостью: «Я желаю издать кроме *последних трех выпусков* лекций, первые выпуски, которых совсем нет в продаже. <...> У Сергея Петровича в библиотеке, принадлежащей теперь Сергею Сергеевичу⁴⁸, есть экземпляр этих первых выпусков лекций, составленных самим Сергеем Петровичем, и Сергей Сергеевич обещал дать этот экземпляр в Вашу типографию для напечатания нового выпуска. <...> С напечатанием всех лекций в двух томах — они быстрее разойдутся, т. к. часто спрашиваются первые лекции, которые в продаже ни за какую цену найти нельзя»⁴⁹. На складе типографии тираж издания числился еще 5 лет [30]. Остается только догадываться, каким образом была урегулирована коммерческая сторона дела и кто покрыл расходы, поскольку первая посмертная публикация лекций С. П. Боткина состоялась лишь в 1899 г. и в другой типографии. Имея представление о благородстве М. М. Стасюлевича [12], легко представить, что издательство само покрыло убыточный проект.

Работа выполнена частично за счет гос. задания по НИОКТР № 121060800163-8.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Авторы благодарят директора Музея-института семьи Рерихов канд. физ.-мат. наук А. А. Бондаренко за предоставленную фотографию и право ее безвозмездной публикации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боткин С. П. Письма из Болгарии 1877 г. *Вестник Европы*. 1892;(3—6):10—2.
2. Боткин С. П. Письма С. П. Боткина из Болгарии 1877 г. СПб.: Тип. М. М. Стасюлевича; 1893. 374 с.
3. Журавский С. Г. Личность и частная жизнь С. П. Боткина (по материалам купюр «Писем С. П. Боткина из Болгарии 1877 г.»). *История медицины*. 2017;4(4):374—92. doi: 10.17720/2409-5583.t4.4.2017.02b
4. Журавский С. Г. Семья в жизни Сергея Петровича Боткина. Альманах истории медицины: неизвестные и спорные страницы». Под ред. В. И. Бородулина, Б. С. Каганова. Вып. 2. М.: Династия; 2019. С. 282—308.
5. Журавский С. Г. С. П. Боткин как критический монархист (по материалам писем С. П. Боткина из Болгарии. 1877 г.). *Вопросы истории*. 2021;(7—1):133—57. doi: 10.31166/VoprosyIstorii202107Statyi13
6. Об увековечении памяти покойного гласного С. П. Боткина (Доклад соединенного присутствия городских исполнитель-

⁴⁵ РО ИРЛИ. Архив М. М. Стасюлевича. Ф. 293. Оп. 1. Д. 264 (Боткина Е. А. Письма к М. М. Стасюлевичу, 1886—1906 гг.). Л. 25—25 об. (письмо от 1 марта 1893 г.), Л. 28 (письмо от 17/29 Мая 1893 г.).

⁴⁶ Запись на письме Е. А. Боткиной об отправке книг [РО ИРЛИ. Архив М. М. Стасюлевича. Ф. 293. Оп. 1. Ед. хр. 264 (Боткина Е. А. Письма к М. М. Стасюлевичу, 1886—1906 гг.). Л. 27 (письмо от 17/29 Мая 1893 г.).

⁴⁷ РО ИРЛИ. Архив М. М. Стасюлевича. Ф. 293. Оп. 1. Д. 264 (Боткина Е. А. Письма к М. М. Стасюлевичу, 1886—1906 гг.). Л. 25 (письмо от 1 марта 1893 г.), Л. 28 (письмо от 17/29 Мая 1893 г.).

⁴⁸ Боткин Сергей Сергеевич (1859—1910) — старший сын С. П. Боткина от первого брака.

⁴⁹ РО ИРЛИ. Архив М. М. Стасюлевича. Ф. 293. Оп. 1. Д. 264 (Боткина Е. А. Письма к М. М. Стасюлевичу, 1886—1906 гг.). Л. 39—40 об. (без даты; отмечено адресатом, что получено 22 февраля 1894 г.).

История медицины

- ных комиссий санитарной и больничной от 29 января 1890 г. и заключение городской Управы от 13 марта 1890 г. *Известия Санкт-Петербургской городской думы*. 1890;97:651—60.
7. Доклад соединенного присутствия городских исполнительных комиссий санитарной и больничной. *Известия Санкт-Петербургской городской думы*. 1890;100(9):1059—60.
 8. Белоголовый Н. А. С. П. Боткин, его жизнь и врачебная деятельность: Биографический очерк. СПб.: Тип. Ю. Н. Эрлик; 1892. 79 с.
 9. Боткин В. П. Сочинения Василия Петровича Боткина: В 3 т. СПб.: Журн. Пантеон литературы; 1890—1893. Т. 1—3.
 10. Боткин Д. П. Альбом Галереи Д. П. Боткина (в Москве). СПб.: 1886.
 11. Александр Андреевич Иванов: Его жизнь и переписка 1806—1858 гг. [с биогр. очерком М. П. Боткина]. СПб.: Изд. М. Боткина; 1880. 478 с.
 12. Кельнер В. Е. Человек своего времени. СПб.: 1993. 316 с.
 13. Салтыков К. М. Интимный Щедрин. Москва — Петроград; 1923. 80 с.
 14. Горбунова Ю. А. 1874—1878 гг. в Ливадии. Записки Ю. А. Горбуновой (Продолжение). *Наша старина*. 1914;(11):993—1008.
 15. Шереметев С. Д. Мемуары графа С. Д. Шереметева. Составление, подготовка текста и примечания Л. И. Шохина. М.: Индик; 2001. 735 с.
 16. Гончаров И. А. Нарушение воли. Собрание сочинений в 8 т. Т. 8. Статьи, заметки, рецензии, письма. М.; 1980. С. 164—83.
 17. Лошиц Ю. Гончаров. М.: Молодая гвардия; 1986. 367 с.
 18. Джаншиев Гр. Д-р Н. А. Белоголовый. В кн.: Белоголовый Н. А. Воспоминания и другие статьи. М.; 1897. С. X—XXI.
 19. «Общее дело» и его закусочный редактор». Предисловие и публ. С. А. Макашина. Литературное наследство. Из истории русской литературы и общественной мысли 1860—1890. Т. 87. М.: Наука; 1977. С. 429—41.
 20. Доклад комиссии по народному образованию «О сооружении городского дома С. П. Боткина для целей начального народного образования» (11 февраля 1891 г.). *Известия Санкт-Петербургской городской думы*. 1891;101(9):675—80.
 21. Стасюлевич М. М. Из отчета о постройке городского дома С. П. Боткина для двух начальных народных училищ. *Известия Санкт-Петербургской городской думы*. 1892;108(31):71—2.
 22. Патрушева Н. Г. Цензурные учреждения и цензоры в государственной системе пореформенной России. В кн.: Александр II. Трагедия реформатора: люди в судьбах реформ, реформы в судьбах людей: Сборник статей. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге; 2012. С. 148—74.
 23. Патрушева Н. Г. Цензура в России во второй половине XIX — начале XX в.: законы и практика. В кн.: Цензура в России в конце XIX — начале XX века. Сборник воспоминаний. СПб.; 2003. С. 42.
 24. Стасюлевич М. М. и его современники в их переписке. Т. IV. СПб.; 1912.
 25. Кудрина Ю. В. Из переписки Александра Александровича Романова и его супруги Марии Федоровны. *Вопросы истории*. 2000;(4—5):111—35.
 26. Айрапетов О. Р. История внешней политики Российской империи. 1801—1914 гг.: в 4 т. Т. 3. Внешняя политика императоров Александра II и Александра III. 1855—1894. М.; 2018. С. 298—370.
 27. Зайончковский П. А. Российское самодержавие в конце XIX столетия (политическая реакция 80-х — начала 90-х годов). М.: Мысль; 1970. 444 с.
 28. Семашко Н. А. Избранные произведения. М.; 1954.
 29. Убийей С. П. Боткина. СПб.: Тип. П. И. Шмидта; 1882. 24 с.
 30. Каталог изданий Книжного магазина типографии М. М. Стасюлевича № 3—12. СПб.; 1898.
 - 2017;4(4):374—92. doi: 10.17720/2409-5583.t4.4.2017.02b (in Russian).
 4. Zhuravskii S. G. Family in the life of Sergey Petrovich Botkin. Medical history almanac: unknown and controversial pages [Sem'ya v zhizni Sergeya Petrovicha Botkina. *Almanakh istorii meditsiny: neizvestnyie i spornyie stranitsy*] Ed. by V. I. Borodulin, B. S. Kaganov. 2nd ed. Moscow: Dinastiya; 2019. P. 282—308 (in Russian).
 5. Zhuravskii S. G. Botkin as a critical royalist (based on Letters of S. P. Botkin from Bulgaria, 1877). *Voprosy istorii*. 2021;(7). doi: 10.31166/VoprosyIstorii202107Statyi13 (in Russian).
 6. In commemoration of the deceased deputy S. P. Botkin. (Joint city executive sanitary and hospital committees report January 29, 1890 and the city council opinion March 13, 1890). *Izvestiua Sankt-Peterburgskoy gorodskoy dумы*. 1890;97 March:651—60 (in Russian).
 7. Joint city executive sanitary and hospital committees report. *Izvestiua Sankt-Peterburgskoy gorodskoy dумы*. 1890;100(9):1059—60 (in Russian).
 8. Belogoloviy N. A. S. P. Botkin, his life and medical activity. Biographical sketch [S. P. Botkin, ego zhizn' i vrachebnaya deyatelnost': *Biogr. ocherk d-ra N. A. Belogolovogo*]. St Petersburg: Yu. N. Erlik; 1892. 79 p. (in Russian).
 9. Botkin V. P. Works by V. P. Botkin. Vol. 1—3. *Saint Petersburg: magazine «Panteon Literaturny»*. 1890—1893. 3 v. (in Russian).
 10. Botkin D. P. D. P. Botkin Gallery Album (in Moscow) [*Album Galerei D. P. Botkina (v Moskve)*]. St. Petersburg; 1886 (in Russian).
 11. Alexander Andreevich Ivanov: his life and correspondence 1806—1858 (with a biographical sketch by M. P. Botkin) [*Alexander Andreevich Ivanov: Ego zhizn' i perepiska 1806—1858 (s biogr. ocherkom M. P. Botkina)*]. St Petersburg — Moscow: Botkin publishing house; 1880. 478 p. (in Russian).
 12. Kelnor V. E. A man of his time [*Chelovek svoyego vremeni*]. St. Petersburg; 1993. 316 p. (in Russian).
 13. Saltykov K. M. Intimate Schedrin [*Intimnyj Schedrin*]. Moscow — Petrograd; 1923. 80 p. (in Russian).
 14. Gorbunova Yu. A. 1874—1878 in Livadia. Notes by Yu. A. Gorbunova. *Nasha starina*. 1914;(11):993—1008 (in Russian).
 15. Sheremetev S. D. Memoirs of the count S. D. Sheremetev [*Memuary grafa S. D. Sheremeteva*]. Ed. L. I. Shokhin. Moscow: Indrik; 2001. 735 p. (in Russian).
 16. Goncharov I. A. Narusheniya voli [*Leisons of volition*]. The collected works in 8 volumes. Articles, notes, reviews, letters. Vol. 8. Moscow; 1980. P. 164—83 (in Russian).
 17. Loshitz Yu. Goncharov. Moscow: Molodaya Gvardiya; 1986. 367 p. (in Russian).
 18. Dzhanshiev Gr. D-r N. A. Belogoloviy. In: Belogoloviy N. A. Memories and other articles [*Belogoloviy N. A. Vospominaniya i drugiyie stat'i*]. Moscow; 1897. P. X—XXI (in Russian).
 19. “Common cause» and its behind-the-scenes editor”. Preface and publ. by Makashin S. A. Literary Heritage. From the history of Russian Literature and public opinion 1860—1890 [*Literaturnoye nasledstvo. Iz istorii russkoi literatury i obshchestvennoi mysli 1860—1890*]. Vol. 87. Moscow: Nauka; 1977. P. 429—41 (in Russian).
 20. The report of the committee of public education «On building a S. P. Botkin house of primary public education (February 11, 1891). *Izvestiua Sankt-Peterburgskoy gorodskoy dумы*, 1891;101(9):675—80 (in Russian).
 21. Stasyulevich M. M. From the report on building a S. P. Botkin house for two primary public schools. *Izvestiua Sankt-Peterburgskoy gorodskoy dумы*. 1892;108(31):71—2 (in Russian).
 22. Patrusheva N. G. Censorship institutions and censors in the state system of the post-reform period in Russia. In: Alexander II. The tragedy of a reformer: people in the destiny of reforms, reforms in the destiny of the people. Collection of articles [*Alexander II. Tragedia reformatora: liudi v sud'bakh reform, reformy v sud'bakh liudey*]. St. Petersburg: Publishing house of the European university in Saint Petersburg; 2012. P. 148—74 (in Russian).
 23. Patrusheva N. G. Censorship in Russia in the second half of the XIX century — at the beginning of the XX century: laws and practice. In: Censorship in Russia in the second half of the XIX — at the beginning of the XX century. Collection of memoirs [*Tsenzura v Rossii vo vtoroi polovine XIX — nachale XX v.*]. St. Petersburg; 2003. 42 p. (in Russian).
 24. Stasyulevich M. M. and his contemporaries in their correspondence [*Stasyulevich M. M. i ego sovremenniki v ikh perepiske*]. Vol. IV. St. Petersburg; 1912 (in Russian).
 25. Kudrina Yu. V. Extracts from correspondence between Alexander Alexandrovich Romanov and his wife Maria Fedorovna. *Voprosy istorii*. 2000;(4—5):111—35 (in Russian).

Поступила 18.07.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Botkin S. P. Letters from Bulgaria, 1877. *Vestnik Evropy*. 1892;(3—6):10—2 (in Russian).
2. Botkin S. P. Letters of S. P. Botkin from Bulgaria, 1877 [*Pis'ma S. P. Botkina iz Bolgarii, 1877*]. St. Petersburg: Tip. Stasyulevicha; 1893. 374 p. (in Russian).
3. Zhuravskii S. G. Personality and private life of S. P. Botkin (based on Letters of S. P. Botkin from Bulgaria, 1877). *Istoriya meditsiny*.

26. Airapetov O. R. The history of the foreign policy of the Russian Empire 1801—1914 [*Istoriya vneshnei politiki Rossiyskoi imperii 1801—1914*]; in 4 volumes. Vol. 3. The foreign policy of the emperors Alexander II and Alexander III 1855—1894 [*Vneshnyaya politika imperatorov Aleksandra II i Aleksandra III 1855—1894*]. Moscow; 2018. P. 298—370 (in Russian).
27. Zayonchkovskiy P. A. Russian autocracy at the end of the XIXth century (political reaction of the 80s — 90s) [*Rossiyskoye samoderzhaviye v kontse XIX stoletiya (politicheskaya reaktsiya 80-kh — nachala 90-kh.)*]. Moscow: Mysl; 1970. 444 p. (in Russian).
28. Semashko N. A. Selected works [*Izbrannyye proizvedeniya*]. Moscow; 1954. 293 p. (in Russian).
29. S. P. Botkin's jubilee [*Yubilei S. P. Botkina*]. St Petersburg: P. I. Shmidt publishing house; 1882. 24 p. (in Russian).
30. Catalog of the publications of the bookshop of M. M. Stasiulevich printing house, N 3—12. St. Petersburg; 1898 (in Russian).

Егорышева И. В., Чалова В. В.

СЕРГЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ НОВОСЕЛЬСКИЙ (1872—1953)

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

Статья посвящена одному из основоположников санитарной и демографической статистики в России. Труды С. А. Новосельского по вопросам рождаемости, общей и детской смертности, средней продолжительности жизни получили широкую известность и до настоящего времени не потеряли свое значение. Он создал первые полные русские таблицы смертности населения и первые таблицы смертности населения СССР.

Ключевые слова: демографическая статистика; С. А. Новосельский; санитарная статистика.

Для цитирования: Егорышева И. В., Чалова В. В. Сергей Александрович Новосельский (1872—1953). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):339—342. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-339-342>

Для корреспонденции: Егорышева Ирина Валентиновна, ведущий научный сотрудник Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко Минобрнауки России, e-mail: egorysheva@rambler.ru

Egorysheva I. V., Chalova V. V.

SERGEJ ALEKSANDROVICH NOVOSELSKY (1872—1953)

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

The article is devoted to one of the founders of sanitary and demographic statistics in Russia. The works of S. A. Novoselsky covering issues of natality, total and child mortality, average life expectancy attained blaze of publicity and until present time keep their significance. S. A. Novoselsky developed for the first time both complete Russian population mortality tables and first the USSR population mortality tables.

Keywords: demographic statistics; S. A. Novoselsky; sanitary statistics.

For citation: Egorysheva I. V., Chalova V. V. Sergej Aleksandrovich Novoselsky (1872—1953). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(2):339—342 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-339-342>

For correspondence: Egorysheva I. V., the Leading 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: egorysheva@rambler.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 21.06.2021
Accepted 26.10.2021

В 2022 г. исполняется 150 лет со дня рождения одного из основоположников российской демографической статистики Сергея Александровича Новосельского. Это имя часто упоминается в трудах по истории отечественной статистики, однако, несмотря на признание выдающихся достижений С. А. Новосельского, посвященных ему работ немного. Наиболее подробно его заслуги отражены в очерке Л. С. Каминского, опубликованном в сборнике трудов С. А. Новосельского «Вопросы демографической и санитарной статистики» (1958), изданном под редакцией А. М. Меркова [1]. Интерес также представляют статьи Е. Я. Белицкой и Л. Е. Полякова о научных достижениях С. А. Новосельского [2—4]. Воспользуемся юбилейной датой, чтобы напомнить читателям о вкладе С. А. Новосельского в развитие отечественной науки.

Сергей Александрович Новосельский родился 17 августа 1872 г. в Петербурге. В 1895 г. он окончил Военно-медицинскую академию. Согласно законодательству того времени, если учащиеся академии не оплачивали учебу, им полагалось несколько лет провести на военной службе. Вероятно, по этой причине Сергей Александрович в 1895—1900 гг. работал ор-

динатором военного госпиталя в г. Седлеце, где им была написана первая статистическая работа «К статистике нервных заболеваний у солдат», опубликованная в «Военно-медицинском журнале» (1897).

После окончания военной службы С. А. Новосельский был принят в статистическое отделение Медицинского департамента Министерства внутренних дел. В 1900 г. он проходил стажировку у авторитетных европейских специалистов в области демографии и медицинской статистики: в Мюнхене у Г. фон Майра, а затем в Париже под руководством Ж. Бертильона. В Медицинском департаменте С. А. Новосельскому довелось сотрудничать с выдающимся отечественным статистиком В. И. Гребенщиковым. В 1904—1914 гг. С. А. Новосельский возглавлял санитарно-статистическую часть Управления главного врачебного инспектора, созданного в результате реорганизации Медицинского департамента. Одновременно с 1907 г. он работал в бюро международной библиографии по естествознанию и математике (включая статистику) при Академии наук, а в 1907—1924 гг. преподавал на статистических курсах Центрального статистического комитета, до перевода этих курсов в Москву.

Важной заслугой С. А. Новосельского явилось совершенствование государственной санитарно-статистической системы, достижение большей полноты и достоверности ее материалов. Следует отметить, что медицинская общественность дореволюционной России весьма скептически относилась к официальной статистике. Известный земский санитарный врач И. И. Моллесон оценивал отчеты Медицинского департамента как «одну сплошную небывальщину, ни с какой стороны не соответствующую истине» [5, с. 185].

Под руководством С. А. Новосельского подготовка «Отчетов о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи России» стала осуществляться в соответствии с принятой в 1902 г. классификацией и номенклатурой болезней, разработанной с учетом опыта земской санитарной статистики. Это позволяло сопоставлять результаты региональных (в том числе земских и городских) санитарно-статистических исследований с данными официальной статистики.

С 1903 г. отчеты Управления главного врачебного инспектора стали выходить ежегодно. Последний из них по данным за 1914 г. был опубликован в 1916 г. Отчеты состояли из 18 разделов, включавших сведения о движении населения, причинах смертности, заболеваемости, медицинском персонале, лечебных учреждениях и аптеках, пастеровских станциях, фельдшерских и акушерских школах, медицинских обществах, расходах на медицинскую часть, о результатах осмотров призывников. Как и в земской санитарной статистике, больные, обратившиеся за медицинской помощью, распределялись по четырем группам: получившие помощь в амбулаториях, в стационарах, в порядке частной практики, а также эпидемические, квартирные, случайные больные. Больные делились на пролеченных врачами и средним медицинским персоналом. Перечень заболеваний, входящих в отчет, постепенно расширялся.

Как отмечал в 1912 г. З. П. Соловьев, «Отчеты о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи России» стали единственным и наиболее достоверным источником информации о санитарном состоянии страны, заслуживавшим глубокого внимания читателей [5, с. 186]. Система государственных обзоров, разработанная С. А. Новосельским и признанная образцовой для своего времени, нашла применение и в послереволюционный период. С. А. Новосельский внес значительный вклад в разработку теории санитарно-статистических и демографических исследований. Ему принадлежит большое число работ, в которых были предложены новые методы стандартизации коэффициентов рождаемости, построения таблиц смертности. Так, в его статье «О различиях смертности городского и сельского населения», опубликованной в 1911 г. в № 4 журнала «Общественный врач», была отмечена недостаточность общего для всех возрастов показателя смертности в качестве оценки санитарного состояния населения и предложены прие-

мы стандартизации коэффициентов смертности по возрастному составу. С докладом «Повозрастная смертность в России» он выступил в секции медицинской статистики на 11-м Пироговском съезде (1910). На этом же съезде в секции врачебного быта прозвучал его доклад о заболеваемости и смертности врачей. В качестве причин высоких показателей смертности врачей ученый указал на неблагоприятные условия жизни и деятельности, недостаточную правовую обеспеченность врачей. По словам Л. С. Каминского, «тесное переплетение анализа причин разбираемых явлений с методической четкостью, обосновывающей применяемые методы измерения, так же как и насыщенность материальным содержанием, придает работам С. А. Новосельского особый характер; на них учились и учатся многие врачи-статистики» [1, с. 12].

Проведенное С. А. Новосельским в соавторстве с его учеником В. В. Паевским капитальное исследование «Смертность и продолжительность жизни в России» было удостоено в 1916 г. премии Российской академии наук. Книга включала полные таблицы смертности населения, которые впервые в стране были построены на основе современного демографического метода по материалам переписи 1897 г. и сведений об умерших в 1896—1897 гг. [6]. Как писал об этой книге Л. С. Каминский, она «представляет своего рода энциклопедию по методическим вопросам изучения смертности населения и сочетает строгую научность исследования с предельной доступностью изложения, рассчитанной на читателя, владеющего лишь элементарной математической подготовкой» [1, с. 15].

С. А. Новосельскому принадлежат десятки трудов, в которых строго систематизированы и обобщены статистические материалы по вопросам средней продолжительности жизни, общей и детской смертности, рождаемости населения, брачности, смертности от рака и туберкулеза различных групп населения России и других европейских стран в разные исторические периоды. В области исследования заболеваемости населения С. А. Новосельский большое внимание уделял статистике инфекционных заболеваний. Его особенно интересовала проблема взаимосвязи показателей уровней рождаемости и детской смертности, получившая дальнейшее развитие в работе 1925 г. «О тесной связи между рождаемостью и детской смертностью» [7].

Ряд его работ, написанных в начале XX в., дают реальное представление о состоянии отдельных отраслей здравоохранения. Это статьи «Больницы в России» (1907), «Численность врачей в России и западноевропейских государствах» (1910), «К статистике русских лечебных местностей и их посещаемость» (1915) и др.

Большой интерес представляет книга С. А. Новосельского «Обзор главнейших данных по демографии и санитарной статистике России» (1916), в которой обобщены и широко представлены материалы исследований о составе и естественном движении населения, рождаемости, причинах смертности

История медицины

в России в сопоставлении с данными зарубежной статистики. В книге также приведены сведения о заболеваемости и состоянии медицинской помощи населению российского государства [8].

В годы Первой мировой войны С. А. Новосельский руководил санитарно-статистическим бюро в Главном военно-санитарном управлении. В 1914—1918 гг. он опубликовал ряд статей о влиянии войн на здоровье и естественное движение населения. В статье «Выживаемость допризывного возраста в России» на основе сопоставления данных о мужчинах, призванных в армию в 1908—1909 гг. и родившихся в 1886—1888 гг., были построены таблицы выживаемости допризывного возраста (21 год), показавшие, что до 21 года из 1 тыс. родившихся доживало лишь 476 человек и что эти показатели были самыми низкими в Европе [9].

В 1918 г. заместитель народного комиссара здравоохранения З. П. Соловьев предложил С. А. Новосельскому возглавить отдел санитарной статистики Наркомздрава РСФСР, но из-за болезни он отказался от переезда в Москву. Однако научной деятельности С. А. Новосельский не прекращал: в 1919 г. он опубликовал в журнале «Научная медицина» статью «Материалы по географии и статистике сыпного тифа», в 1924 и 1930 гг. активно участвовал в пересмотре классификации и номенклатуры болезней и приречной смертности.

Работа С. А. Новосельского после Октябрьской революции имела главным образом санитарно-демографическую направленность и не касалась вопросов статистики в области организации здравоохранения. В трудах Комиссии по обследованию санитарных последствий войн 1914—1920 гг. было опубликовано его исследование «Влияние войны на естественное движение населения» (1923). В нем были систематизированы статистические материалы о рождаемости, смертности, естественном приросте населения в России и странах Европы в годы войн, начиная со второй половины XIX в., включая последствия Первой мировой войны. Сравнительный анализ продемонстрировал губительное влияние современных войн на здоровье и естественное движение населения [10].

В 1919—1937 гг. С. А. Новосельский руководил демографическим отделом Ленинградского областного статистического отдела, принимал участие в организации переписи населения в Ленинграде и обработке полученных материалов (1918 г., 1920 г., 1923 г., 1926 г.), в подготовке ежегодных обзоров по естественному движению населения в Ленинграде (1919—1932). Одновременно он возглавлял первую в СССР кафедру санитарной статистики в Ленинградском институте усовершенствования врачей. В 1920 г. для организованных при Военно-медицинской академии курсов усовершенствования врачей-гигиенистов он разработал лекционную программу по санитарной и демографической статистике.

В 1920-е годы С. А. Новосельский предпринял перевод учебного пособия профессора Гарвардского университета Дж. Уиппла (J. Whipple) «Vital Statis-

tics, an Introduction to the Science of Demography». Однако, как автор указал в предисловии к книге, многие разделы теории демографии и статистики не были освещены в книге Дж. Уиппла или рассматривались слишком кратко. В связи с этим в книгу пришлось внести комментарии и значительные дополнения. По просьбе С. А. Новосельского глава о статистике заболеваемости населения в СССР была написана П. И. Куркиным. Книга была издана в 1929 г. под названием «Основы демографической и санитарной статистики Переработка книги проф. Уиппла» [11].

По поручению экономико-статистического сектора Госплана СССР в 1928—1930 гг. С. А. Новосельским совместно с его учеником В. В. Паевским было выполнено исследование, имевшее практическое значение. Для перспективного планирования экономики страны необходимы были расчеты на несколько лет вперед численности отдельных континентов населения: школьных, рабочих, призывного возраста и др. На основе данных всесоюзной переписи населения 1926 г. и текущего учета смертности а 1926—1927 гг. по оригинальной методике были разработаны первые в СССР таблицы смертности и доживаемости населения по европейской части и отдельным регионам и городам страны. В 1930 г. работа была издана Планхозгизом под наименованием «Смертность и продолжительность жизни населения СССР» и стала руководством к построению таблиц смертности [12].

С 1930—1934 гг. С. А. Новосельский, работая в Демографическом институте АН СССР в должности старшего демографа, участвовал в разработке методов прогноза вероятной численности и возрастно-полового состава населения, методики исследования рождаемости и смертности с помощью «анамнестического метода», предвосхитившего появление когортного метода и легшего в основу первого исследования рождаемости СССР в 1934 г.

После ликвидации Демографического института С. А. Новосельский с 1934 по 1949 г. руководил статистическим бюро кафедры организации здравоохранения в Ленинградском педиатрическом медицинском институте (ныне Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет). Интерес также представляют его работы, написанные в предвоенные годы: о методах измерения большой летальности, детской смертности до первого года жизни, о методике стандартизации в демографических исследованиях. Работы С. А. Новосельского по изучению детской смертности стали в Ленинграде основанием для практических мероприятий по оздоровлению детей ранних возрастов.

В годы Великой Отечественной войны С. А. Новосельский оставался в блокадном Ленинграде, продолжив работу в Педиатрическом институте и в бюро санитарной статистики Ленинградского здравоохранения. Им была подготовлена серия исследований о влиянии блокады на естественное движение населения, о состоянии здоровья и выживаемости детей ранних возрастов, а также построены полные табли-

цы смертности и выживаемости детей до первого года жизни по данным Ленинграда в 1944-м послеблокадном году [13]. В трудах Комиссии по изучению медико-санитарных последствий войны в 1948 г. была напечатана работа С. А. Новосельского о влиянии войны и блокады на изменение возрастного-полового состава населения, на брачность и частоту разводов в Ленинграде.

Наиболее значимая в этом цикле работа — «Потери в прошлых войнах (1756—1918)». Справочная книга — была подготовлена совместно с Л. С. Каминским (1947). В ней собраны и систематизированы многочисленные сведения о людских потерях в войнах всего мира, начиная с середины XVIII столетия и кончая Первой мировой войной [14].

Заслуги С. А. Новосельского получили высокую оценку его современников. В 1944 г. он был избран действительным членом Академии медицинских наук. В 1945 г. ему было присвоено звание заслуженного деятеля науки РСФСР. С. А. Новосельский являлся почетным членом Ленинградского отделения Всесоюзного общества гигиенистов и санитарных врачей, с 1946 г. — членом научно-методической комиссии по санитарной статистике Минздрава СССР. Выйдя на пенсию в 1949 г., С. А. Новосельский оставался научным консультантом Ленинградского института здравоохранения и Ленинградского научно-исследовательского института туберкулеза.

С. А. Новосельский умер 12 ноября 1953 г. В 1958 г. под редакцией А. М. Меркова и в 1978 г. под редакцией Л. Е. Полякова были опубликованы сборники некоторых из наиболее важных работ С. А. Новосельского. В книге, изданной в 1978 г., даны список трудов С. А. Новосельского и литература о нем [1, 4].

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Каминский Л. С. Краткий очерк жизни и деятельности. В кн.: Новосельский С. А. Вопросы демографической и санитарной статистики. (Избранные произведения). А. М. Мерков (ред.). М.: Медгиз; 1958. С. 7—17.
2. Белицкая Е. Я. Наш современник Сергей Александрович Новосельский (К 100-летию со дня рождения). *Здравоохранение Российской Федерации*. 1972;(10):44—7.
3. Поляков Л. Е. Военные, санитарно-демографические и медико-статистические исследования С. А. Новосельского. *Советское здравоохранение*. 1962;(4):44—8.
4. Поляков Л. Е. Краткий очерк жизни и деятельности С. А. Новосельского. В кн.: Новосельский С. А. Демография и статистика. М.; 1978. С. 7—15.
5. Очерки истории отечественной санитарной статистики. А. М. Мерков (ред.). М.: Медицина; 1966. 288 с.
6. Новосельский С. А., Паевский В. В. Смертность и продолжительность жизни в России. Пг.; 1916. 208 с.
7. Новосельский С. А. О тесной связи между рождаемостью и детской смертностью. *Вестник статистики*. 1925;(4—6):1—26.
8. Новосельский С. А. Обзор главнейших данных по демографии и санитарной статистике России. Пг.; 1916. 80 с.
9. Новосельский С. А. Выживаемость допризывного возраста в России. *Общественный врач*. 1915;(7—8):415—28.
10. Влияние войн на естественное движение населения. Труды Комиссии по обследованию санитарных последствий войны. 1914—1920 гг. Вып. 1. М. — Пг.: Госиздат; 1923. С. 47—120.
11. Новосельский С. А. Основы демографической и санитарной статистики. Переработка книги проф. Уиппля. М.: Госмедиздат; 1929. 683 с.
12. Новосельский С. А., Паевский В. В. Смертность и продолжительность жизни населения СССР (1926—1927. Таблицы смертности). М. — Л.: Планхозгиз; 1930.
13. Новосельский С. А. Выживаемость и смертность детей 0—1 года в Ленинграде в послеблокадный период. *Гигиена и санитария*. 1946;(7—8):1—6.
14. Каминский Л. С., Новосельский С. А. Потери в прошлых войнах (1756—1918). М.: Медгиз; 1947. 211 с.

Поступила 21.06.2021
Принята в печать 26.10.2021

REFERENCES

1. Kaminskij L. S. A brief sketch of his life and work. In: S. A. Novoselsky. Issues of Demographic and Sanitary Statistics (Selected works) [*Voprosy demograficheskoy i sanitarnoy statistiki (Izbrannyye proizvedeniya)*]. Ed. by A. M. Merkov. Moscow: Medgiz; 1958. P. 7—17 (in Russian).
2. Belickaja E. Ja. Our contemporary Sergey Alexandrovich Novoselsky (To the 100th anniversary of his birth). *Zdravooxranenie Rossijskoj Federacii*. 1972;(10):44—7 (in Russian).
3. Poljakov L. E. Military, Sanitary and Demographic and Medical and Statistical Studies of S. A. Novoselsky. *Sovetskoe zdravooxranenie*. 1962;(4):44—8 (in Russian).
4. Poljakov L. E. A brief sketch of the life and work of S. A. Novoselsky. In: Novoselsky S. A. Demography and Statistics [*Demografija i statistika*]. Moscow; 1978. P. 7—15 (in Russian).
5. Essays on the History of Domestic Sanitary Statistics [*Oчерки istorii otechestvennoj sanitarnoy statistiki*]. Ed. by A. M. Merkov. Moscow: Medicina; 1966. 288 p. (in Russian).
6. Novosel'skij S. A., Paevskij V. V. Mortality and life expectancy in Russia [*Smertnost' i prodolzhitel'nost' zhizni v Rossii*]. Petrograd; 1916. 208 p. (in Russian).
7. Novosel'skij S. A. On the close link between fertility and child mortality. *Vestnik statistiki*. 1925;(4—6):1—26 (in Russian).
8. Novosel'skij S. A. Review of the most important data on Russian demography and sanitary statistics [*Obzor glavnejshih dannyh po demografii i sanitarnoy statistike Rossii*]. Petrograd; 1916. 80 p. (in Russian).
9. Novosel'skij S. A. Survivability of pre-conscription age in Russia. *Obshhestvennyj vrach*. 1915;(7—8):415—28 (in Russian).
10. The effect of war on the natural movement of the population. Proceedings of the Commission for the Survey of the Sanitary Consequences of War. 1914—1920 [*Vlijanie vojn na estestvennoe dvizhenie naselenija. Trudy Komissii po obsledovaniju sanitarnyh posledstvij vojny. 1914—1920 gg.*]. Vol. 1. Moscow — Petrograd: Gosizdat; 1923. P. 47—120 (in Russian).
11. Novosel'skij S. A. Fundamentals of Demographic and Sanitary Statistics, Revised book by Prof. Whipple [*Osnovy demograficheskoy i sanitarnoy statistiki, Pererabotka knigi prof. Uipplja*]. Moscow: Gosmedizdat; 1929. 683 p. (in Russian).
12. Novosel'skij S. A., Paevskij V. V. Mortality and life expectancy of the USSR population (1926—1927. Tables of mortality) [*Smertnost' i prodolzhitel'nost' zhizni naselenija SSSR (1926—1927. Tablicy smertnosti)*]. Moscow — Leningrad: Planhozgiz; 1930 (in Russian).
13. Novosel'skij S. A. Survival rate and mortality of 0—1 year old children in Leningrad during the post-blockade period. *Gigiena i sanitarija*. 1946;(7—8):1—6 (in Russian).
14. Kaminskij L. S., Novosel'skij S. A. Losses in Past Wars (1756—1918) [*Poteri v proshlyh vojnah (1756—1918)*]. Moscow: Medgiz; 1947 (in Russian).